

TIEDOSTA ARVIOINTIIN

tavoitteena paremmat palvelut

Sosiaali-ja terveyspalvelut Pohjois-Savo

Asiantuntija-arvio, kevät 2018

THL:n asiantuntijaryhmä



Toimeksianto ja toteutus

Valtiovarainministeriö koordinoi syksyllä 2018 päättyvää maakuntatalouden simulaatioharjoitusta. Sen avulla testataan maakuntien talous- ja ohjausprosessia ja talouspäätösten tekemistä uudessa järjestelmässä. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa harjoituksessa maakuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausta koskevasta osuudesta.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on koonnut simulaatioharjoituksessa käytettävän tietopohjan ja antaa tässä raportissa asiantuntija-arvion tulevan maakunnan suoriutumisesta sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisessä. Asiantuntija-arvion tuottamisesta on vastannut [THL:n asiantuntijaryhmä](#). Harjoituksessa saatavaa tietoa ja kokemuksia tullaan hyödyntämään maakuntien arvioinnin kehittämässä. Arviointiharjoituksella ei ole vaikutusta tulevien maakuntien rahoituksen määräytymiseen.

ARVIOINNIN SISÄLTÖ POHJAUTUU LAINSÄÄDÄNTÖÖN

Arvioinnin sisältö rakentuu maakunnan suoriutumiskyvyn ulottuvuuksista, joita ovat palvelujen saatavuus, laatu ja vaikuttavuus, asiakaslähtöisyys ja yhdenvertaisuus. Arvioinnissa on paneuduttu myös eri sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäväkokonaisuuksiin ja otettu huomioon maakunta- ja sote-uudistuksen lakiesitysten tarkoituspykälissä mainitut tavoitteet, valinnanvapautta koskevan lakiluonnoksen tavoitteet sekä keskeisistä sisältöalueista johdetut kokonaisuudet.

ARVIOINNIN TIETOLÄHTEET MONIPUOLISIA

Arvioinnin tietolähteinä käytettiin maakuntien tuottamaa tietoa sote-valmistelun suunnittelusta, tulevien maakuntien hallinnosta järjestäjänä, organisaatiosta ja toimintatavoista. Indikaattoritietoa koottiin THL:n, Tilastokeskuksen ja eräiden muiden organisaatioiden tietovarannoista. Indikaattoreita voi tarkastella Sotkanetissa kohdasta [Maakuntien seuranta ja arviointi \(simulaatioharjoitus\)](#). Osana arviointia THL:n asiantuntijat vierailivat kaikissa maakunnissa ([ks. Ajankohtaista arvioinnista](#)). Arvioinnissa ei ole käytetty valvontaviranomaisen raportteja, koska riittäviä maakuntakohtaisia tietoja ei ollut saatavilla.

HARJOITUS KOKOAA KOKEMUKSIA

THL:n tavoitteena simulaatioharjoituksessa oli pyrkiä mahdollisimman todenmukaiseen arvioinnin toteutukseen. Arvioinnissa käytettävät tiedot koottiin saatavilla olevista vertailukelpoisista tietolähteistä. Kyseessä oli myös arviointitiedon kokoamiseen ja käyttöön liittyvä harjoitus, jolloin arviointitulokset ovat lähinnä suuntaa-antavia ja jatkokeskustelua tukevia. Harjoitus toi esiin hyvin sekä arviointiprosessin että tietopohjan kehittämistarpeita. Tulevaisuudessa kattavamman ja ajantasaisemman tietopohjan avulla maakuntien arvioinnissa päästään tarkempiin lopputuloksiin. THL:n sote-tietopohjan kehittämishanke työskentelee näiden haasteiden parissa.

Järjestämisalakiluonnoksen (HE 15/2017, § 30 ja 31) mukaan THL:lle on tulossa lakisääteinen maakuntien seuranta- ja arviointitehtävä. Varsinainen arviointitoiminta käynnistyy keväällä 2018. Arviointi on jatkossa oleellinen osa valtakunnallista ohjausjärjestelmää ja se tuottaa pohjatietoa maakuntien omalle ohjaustoiminnalle.

Pekka Rissanen
Arviointijohtaja

Pekka Jousilahti
Tutkimusprofessori

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Sisällys

Toimeksianto ja toteutus	1
Keskeiset havainnot.....	3
Palvelujen järjestämisen yleiset edellytykset	4
Sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannukset	9
 Tehtäväkokonaisuuksien arviot	
Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen	11
Ennaltaehkäisevät palvelut	12
Perusterveydenhuolto	13
Mielenterveys- ja päihdepalvelut.....	14
Erikoissairaanhoido	16
Lasten, nuorten ja perheiden palvelut	17
Työikäisten sosiaalipalvelut	19
Vammaispalvelut	20
Ikäihmisten palvelut.....	21
 Ulottuvuuskohtaiset arviot	
Saatavuus	23
Laatu ja vaikuttavuus	24
Asiakaslähtöisyys	25
Yhdenvertaisuus.....	26
 Lähteet	27

Maakuntien seurannan ja arvioinnin vastuuhenkilönä on toiminut professori Pekka Rissanen, arviointityötä on koordinoanut Kimmo Parhiala.

Alueellisina arviointipäälliköinä ovat toimineet

Jonsson, Pia Maria (Pohjanmaa, Satakunta, Varsinais-Suomi)
 Jousilahti, Pekka (Etelä-Savo, Keski-Suomi, Pohjois-Karjala, Pohjois-Savo)
 Kovanen, Merja (Etelä-Pohjanmaa, Kanta-Häme, Pirkanmaa)
 Kärkkäinen, Jukka (Etelä-Karjala, Kymenlaakso, Päijät-Häme, Uusimaa)
 Syrjä, Vesa (Kainuu, Keski-Pohjanmaa, Lappi, Pohjois-Pohjanmaa)

Tehtäväkokonaisuus- ja ulottuvuuskohtaisten osioiden kirjoitukseen ovat osallistuneet

Aalto, Anna-Mari; Ahola, Sanna; Alastalo, Hanna; Autio, Eva; Blomgren, Sanna; Elonsalo, Ulpu;
 Forsell, Martta; Hakulinen, Tuovi; Halme, Nina; Hammar, Teija; Hastrup, Arja; Heino, Tarja; Hetemaa, Tiina;
 Hietanen-Peltola, Marke; Honkatukia, Juha; Häkkinen, Unto; Ikonen, Riikka; Kapiainen, Satu; Karvonen, Sakari;
 Kehusmaa, Sari; Kilpeläinen, Katri; Krohn, Minerva; Kuussaari, Kristiina; Lammi-Taskula, Johanna; Linnanmäki, Eila;
 Liukko, Eeva; Lounamaa, Anne; Luoto, Eija; Lyytikäinen, Merja; Martelin, Tuija; Muuri, Anu; Mäkinen, Suvi;
 Nurmi-Koikkalainen, Päivi; Parikka, Suvi; Partanen, Airi; Reissell, Eeva; Sainio, Salla; Seppänen, Johanna;
 Sihvo, Sinikka; Siukola, Reetta; Ståhl, Timo; Suvisaari, Jaana; Viertiö, Satu.

Keskeiset havainnot

Arvioinnissa on suuria rajoitteita, ja sen tuloksia voidaan pitää enintään suuntaa antavina. Simulaatioharjoituksessa arvioitiin maakunnan sosiaali- ja terveyspalveluja sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä. Kunnat järjestävät ja tuottavat palveluita kuitenkin eri tavoin. Maakuntien toimintaa voidaan arvioida totuudenmukaisesti vasta, kun järjestämisvastuu alueen palveluista on siirtynyt niille.

Arvioinnissa käytetty tietopohja on vielä monien arviointitulottuvuuksien osalta vajavainen, ja tiedot ovat peräisin vuosilta 2015–2017. Harjoituksen lyhyen keston vuoksi kaikkia arvioinnin sisältöjä ei ole voitu käydä läpi yhdessä maakuntien kanssa. Arviointi ei myöskään kata kaikkia sosiaali- ja terveyspalveluja. Jatkossa arvioinnin tietopohja laajenee, ja kaikki talous- ja toimintatiedot pyritään kokoamaan samalta vuodelta. Erilaisista raportointikäytännöistä johtuvat epätarkkuudet vähenevät jatkossa, kun maakunnat ovat tietoisia kriteereistä, joiden perusteella niiden toimintaa arvioidaan.

Pohjois-Savon väestö on keskittynyt Kuopion seudulle ja Iisalmen ja Varkauden kaupunkeihin. Maakunnan väestö on kuluva vuosikymmenen alkuun asti vähentynyt, mutta viime vuosina väestön määrä on ollut verrattain vakaa ja väestömäärän ennustetaan pysyvän suunnilleen nykyisellä tasolla vuoteen 2030 asti. Luonnollinen väestömuutos on ollut viime vuodet selvästi negatiivinen. Myös maan sisäinen muuttoliike on ollut useimpina vuosina negatiivinen, mutta väestökatoa on kompensoinut positiivinen maahanmuutto. Väestö on ikärakenteeltaan hieman koko maan keskiarvoa vanhempaa. Taloudellinen huoltosuhde on koko maan tasoa korkeampi. Vuonna 2016 Pohjois-Savon väestön ikävakiomaton sairastavuusindeksi oli 137,4, mikä oli koko maan korkein. Sairastavuusindeksi on pysynyt viidentoista vuoden ajan suunnilleen samalla tasolla ja vähän heikentynyt koko maan kehitykseen nähden. Pohjois-Savon työttömyysaste on hieman maan keskitasoa korkeampi.

Pohjois-Savon sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää on viime vuosina kehitetty PARAS-puitelain säästöjen pohjalta. Lain tavoitteiden mukaisesti on syntynyt sekä kuntaliitoksia että yhteistoiminta-alueita. Maakunnan perusterveydenhuolto tuotetaan seitsemässä eri organisaatiossa. Yhden kunnan yksinään ylläpitämiä terveyskeskuksia on kaksi. Sairaanhoidopiirin kuntayhtymä järjestää Kysteri-liikelaitoksen kautta perusterveydenhuollon ja vanhusten laitoshoidon palvelut seitsemässä kunnassa. Ylä-Savon sote-kuntayhtymään kuuluu neljä kuntaa, Sisä-Savon

terveyskeskuskuntayhtymään kuuluu kaksi kuntaa, ja Kuopion ja Varkauden kaupungit ovat vastuukuntaperiaatteella toimivien yhteistoiminta-alueiden vastuukuntia. Kuopion kumppanina on Tuusniemi. Varkauden kanssa yhteistoiminta-alueen muodostaa vielä toistaiseksi Etelä-Savon maakuntaan kuuluva Joroinen. Maakuntaudistuksen yhteydessä Joroinen siirtyy Etelä-Savosta Pohjois-Savon maakuntaan.

Erikoissairaanhoidosta vastaa pääasiassa Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri. Lisäksi Ylä-Savon sote-kuntayhtymällä on Iisalmen sairaalassa, Kuopion kaupungilla Harjulan sairaalassa sekä Varkauden kaupungilla Varkauden sairaalassa ja näiden sairaaloiden avohoidossa erikoissairaanhoidon palveluita. Myös mielen-terveystyön erikoissairaanhoidon tasoiseksi luettavia palveluita on tarjolla useissa terveyskeskuksissa. Pohjois-Savon kuntien sosiaalihuollon palvelut tuotetaan kymmenessä eri organisaatiossa.

Pohjois-Savon sote-uudistuksen valmistelusta vastaa ohjaus- ja seurantaryhmä. Uudistusta on valmistelemassa yhteensä 34 työryhmää. Esivalmisteluvaiheen työryhmät koostuvat viran- ja toimenhaltijoista. Poliittinen ohjaus tapahtuu maakuntahallituksen ja -valtuuston kautta. Esivalmistelu on jakaantunut maakuntavalmisteluun ja sote-valmisteluun. Valmisteluorganisaation rakenteita ja toimintoja muokataan valmistelun aikana tulevan maakunnan väliaikaishallinnon tavoitteiden mukaiseksi.

Palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden näkökulmasta Pohjois-Savo menestyy valtakunnallisessa vertailussa hyvin kotihoidon ympärivuorokautisen saatavuuden järjestämisessä, lastensuojelun palvelutarpeen arvioinnissa, väestön terveyserojen raportoinnissa ja terveyskeskuslääkäripalvelujen yhdenvertaisessa saatavuudessa. Myös lasten ja perheiden palvelut sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ovat hyvällä tasolla. Huomiota vaativia alueita ovat perusterveydenhuollon hoitoon pääsy, vammais- ja sosiaalipalvelujen saatavuus sekä työttömien terveystarkastusten toteutuminen. Päivystysaikana ja ensiavun kautta alkavien erikoissairaanhoidon hoitojaksojen suuri osuus voi heijastaa maakunnan muun terveydenhuollon puutteita ja pitkiä odotusajoja suunniteltuun hoitoon. Erikoissairaanhoidon odotusajan mediaani oli Pohjois-Savossa koko maan maakunnista pisin.

Vuonna 2016 Pohjois-Savossa sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot olivat 3 497 euroa asukasta kohti. Tämä oli 15 prosenttia enemmän kuin koko maassa keskimäärin. Alueen palvelutarve oli kuitenkin selvästi keskimääräistä suurempi, minkä vuoksi tarvevakioidut menot olivat vain prosentin alhaisemmat kuin koko maassa keskimäärin. Kun tarkastellaan menoja ilman sosiaalihuoltoa, tarvevakioidut menot

olivat kaksi prosenttia alhaisemmat kuin koko maassa keskimäärin.

Pohjois-Savon maakunnan sosiaali- ja terveyspalvelujen (sisältää pelastustoimen) kustannusten lähtötaso oli 919,5 miljoonaa euroa vuonna 2017. Laskennallinen rahoitus on siirtymäkauden jälkeen vuodesta 2022 alkaen 898,8 miljoonaa euroa (vuoden 2017 tasossa). Maakunnan sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiseen käytettävissä oleva rahoitus tulee vähenemään 2,2 prosenttia. Vähennys on 82 euroa asukasta kohden. Koska Pohjois-Savon väestön sairastavuus, palvelujen tarve ja palvelujen tuotantokustannukset ovat korkeat, käytettävissä olevan rahoituksen

(suhteellisesti) pienikin väheneminen voi tuoda haasteita palvelujen järjestämiseen. Lisäksi maakunnan sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmä on tällä hetkellä hajanainen. Pohjois-Savon vahvuuksia ovat verrattain suuri ja ennusteen mukaan vakaana pysyvä väestömäärä sekä vahva ja monipuolinen sosiaali- ja erityisesti terveydenhuollon koulutus ja tutkimus. Kuopion yliopistollinen sairaala on jatkossa yksi maan viidestä yliopistosairaalaista, jotka tuottavat korkean tason erityisosaamista vaativia palveluja. Tämä tuo merkittävän lisän terveydenhuollon osaamiseen, mutta voi toisaalta lisätä keskimääräistä kalliimpien hoitomenetelmien käyttöä.

Palvelujen järjestämisen yleiset edellytykset

Maakunnan alue ja väestö

Pohjois-Savon maakunta koostuu 18 kunnasta, jotka muodostavat viisi seutukuntaa. Maakunnan väestömäärä oli vuoden 2016 lopussa 247 776 asukasta. Väestöstä lähes puolet asuu Kuopion kaupungissa ja 56 prosenttia Kuopion seutukunnan alueella. Kuopion kehyskunnassa Siilinjärvellä sekä Ylä-Savon ja Varkauden seudun keskustaupungeissa Iisalmissa ja Varkaudessa asuu kaikissa vähän yli 21 000 asukasta. Maakunnan muiden kuntien asukasluku vaihtelee 1 600:n ja 9 900:n välillä. Maakuntaudistuksen myötä Joroisten kunta siirtyy vuoden 2020 alussa Etelä-Savosta Pohjois-Savoon.

Alueellinen vauraus

Bruttokansantuote asukasta kohden oli vuonna 2015 Pohjois-Savon maakunnassa 31 544 euroa, mikä on alle koko maan keskiarvon (38 248 euroa), mutta samaa tasoa muiden Itä-Suomen maakuntien kanssa. Taloudellinen huoltosuhde oli vuonna 2016 Pohjois-Savon maakunnassa 160, mikä on korkeampi kuin koko maan huoltosuhde (143). Taloudellinen huoltosuhde vaihteli maakunnan kuntien välillä. Huoltosuhde oli paras Siilinjärvellä (139) ja heikoin Rautavaaralla (252). Kuopiossa taloudellinen huoltosuhde oli 144.

Pohjois-Savon työllisyysaste oli vuoden 2016 lopussa 67 prosenttia, mikä oli hieman maan keskiarvoa (68,7 %) matalampi. Työttömyysaste oli 14,4 prosenttia (koko maassa 13,7 %). Pohjois-Savossa oli vuoden 2014 lopussa 95 814 työpaikkaa. Näistä oli alkutuotannossa 6,9 prosenttia, jalostuksessa 19,6 prosenttia ja palveluissa 73,4 prosenttia. Sosiaali- ja terveyspalvelut olivat suurin toimiala, ja siinä työskenteli noin 19 500 henkilöä. Seuraavina tulivat teollisuus (11 100), kauppa (10 300), koulutus (7 300) ja rakentaminen (6 500). Sosiaalipalvelujen työvoimasta 65 prosenttia ja terveyspalvelujen työvoimasta 85 prosenttia työskenteli julkisella sektorilla.

Väestönkehitys

Väestön ikärakenne on Pohjois-Savon maakunnassa hieman koko maan keskiarvoa korkeampi: alle 15-vuotiaita on 15,0 prosenttia, työikäisiä (15–64 vuotta) 61,8 prosenttia ja 65 vuotta täyttäneitä 23,2 prosenttia. Pohjois-Savon väkiluku vähentyi vuodesta 1995 vuoteen 2010 yli 10 000 hengellä, mutta sen jälkeen muutokset maakunnan väestömäärässä ovat olleet vähäisiä. Luonnollinen väestömuutos on ollut negatiivinen vuodesta 1998 lähtien, ja ero syntyneiden ja kuolleiden määrän välillä on kasvanut erityisesti tällä vuosikymmenellä. Myös nettomaassamuutto on ollut Pohjois-Savossa lievästi negatiivista, mutta sitä on kompensoinut positiivinen nettosiirtolaisuus. Väestömuutosten ennakkotiedot tammi-syyskuulta 2017 ennakoivat Pohjois-Savon väestökadon kiihtyneen edellisestä vuodesta. Tilastokeskuksen ennusteen mukaan Pohjois-Savon väestö tulisi vuonna 2030 ole-

maan 246 139 asukasta eli maakunnan väestömäärä pysyisi käytännössä ennallaan.

Väestön koulutusrakenne on Pohjois-Savossa lähellä koko maan keskitasoa. Perusasteen jälkeisen tutkinnon suorittaneiden osuus 15 vuotta täyttä-neistä on Pohjois-Savossa 72 prosenttia (koko maassa 71 %). Koulutustaso on korkein Kuopion seudulla, jossa tutkinnon suorittaneiden osuus oli 76 prosenttia vuonna 2016. Keskiasteen tutkinnon suorittaneita oli Pohjois-Savossa 44 prosenttia (koko maassa 40 %) ja korkea-asteen (alin korkea-aste, alempi korkeakoulu-aste, ylempi korkeakouluaste, tutkijakoulutus) suorit-taneita 27 prosenttia (koko maassa 30 %).

Väestön terveys ja hyvinvointi

THL:n sairastavuusindeksi kuvaa suomalaisten kuntien ja alueiden väestön sairastavuutta suhteessa koko maan tasoon (koko maan indeksi 100). Ajanjaksolla 2013–2015 Manner-Suomen maakuntien ikävakiomaton keskiarvo oli 76,7–137,4. Pohjois-Savon väestön ikävakiomaton indeksi oli 137,4 eli koko maan korkein. Pohjois-Savon sairastavuusindeksi on pysynyt viidentoista viime vuoden ajan suunnilleen samalla tasolla ja hieman heikentynyt koko maan kehitykseen nähden. Myös ikävakioitu indeksi oli Pohjois-Savossa maan korkein, joten korkea sairastavuus johtuu pääsääntöisesti muista tekijöistä kuin väestön ikärakenteesta.

Maakunnan sisäiset erot sairastavuusindeksissä olivat suuret. Vuosina 2013–2015 sairastavuusindeksi oli matalin Siilinjärvellä (111,4) ja korkein Rautavaaralla (206,8). Kuopiossa indeksi oli 127,9.

Toimeentulotukea sai vuonna 2016 Pohjois-Savon väestöstä 7,7 prosenttia, mikä on hieman enemmän kuin koko maan toimeentulotukea saaneiden osuus (7,2 %). Toimeentulotuen saajia oli maakunnassa yhteensä 12 993.

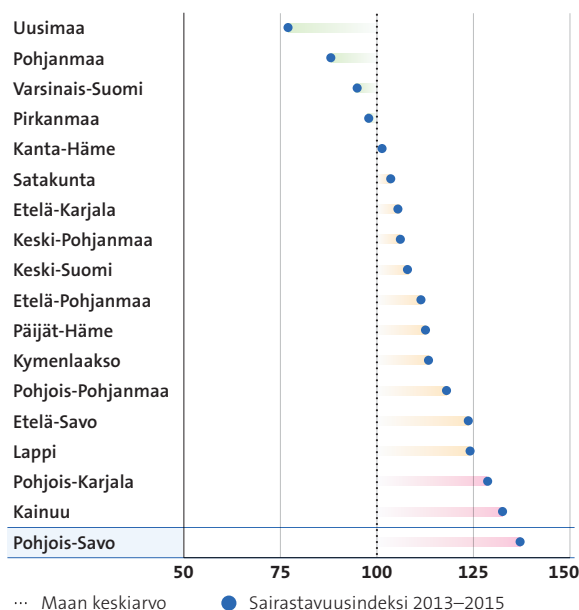
Palvelujärjestelmän toiminnan edellytykset

Maakunnan organisoituminen

Pohjois-Savon sote-uudistuksen valmistelusta vastaa järjestäminen ja konsernirakennejaosto, väliaikaisen toimielimen (epävirallinen) ohjauksen mukaisesti. Esivalmisteluvaiheessa (päättty 31.5.2017) uudistusta oli valmistelemassa yhteensä 34 työryhmää. Esivalmisteluvaiheessa sote-valmistelu tapahtui kahdessa päälinjassa, järjestämisen valmistelu ja tuotannon valmistelu. Järjestäjätyöryhmän alaryhmiä ovat: (1) strategia,

Kuvio 1

THL:n sairastavuusindeksi, ikävakioimaton
(2013–2015).



tutkimus ja kehittäminen, (2) hallinto ja johtaminen, (3) taloushallinto, (4) henkilöstöhallinto, (5) palvelumalli- ja toimipisteverkosto ja (6) ICT- ja tiedonhallinta. Tuotantoryhmä jakaantui seuraaviin alaryhmiin: (1) liikelaitoksen valmistelu (strategia, hallinto- ja johtamisjärjestelmä, yhtiöittäminen ja talous- ja henkilöstöhallinto), (2) lapset, nuoret ja perheet, (3) työkäiset ja yhteiset palvelut ja (4) ikääntyvien palvelut.

Jatketulla valmisteluajalla (1.7.2017 – 31.5.2018) työskentely painottuu vastuuvalmistelijoiden vetäminä pienryhminä tehtävään asiantuntijavalmisteluun. Työskentelyä ohjaa 9 työryhmää, jotka koostuvat viran- ja toimenhaltijoista. Poliittinen ohjaus tapahtuu maakuntahallituksen ja -valtuuston kautta. Valmisteluorganisaation rakenteita ja toimintoja muokataan valmistelun aikana tulevan maakunnan väliaikaishallinnon tavoitteiden mukaiseksi. Omina valmistelukokonaisuuksinaan toimivat työryhmät: yhteistyöalueen (Itä- ja Keski-Suomi) sopimusvalmisteluryhmä (YTA), maakunnallinen HYTE-ryhmä, tutkimus-, kehittäminen ja innovaatiot (TKI) ryhmä sekä investointien arviointi ja kiinteistöt ryhmä.

Lähitulevaisuuden merkittävimmät investoinnit ovat Kuopion yliopistollisen sairaalan lisärakentaminen ja saneeraus (140 miljoonaa euroa), Varkauden sairaala ja sote-kiinteistöt (33 miljoonaa euroa) ja Ylä-Savon sairaala ja sote-kiinteistöt (24 miljoonaa euroa). Tämän lisäksi Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin psykiatritalon hankesuunnittelu on meneillään.

Taloudelliset edellytykset

Pohjois-Savon maakunnan sosiaali- ja terveyspalvelujen (sisältää pelastustoimen) kustannusten lähtötaso oli 919,5 miljoonaa euroa vuonna 2017. Laskennallinen rahoitus on siirtymäkauden jälkeen vuodesta 2022 alkaen 898,8 miljoonaa euroa (vuoden 2017 tasossa). Maakunnan sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiseen käytettävissä oleva rahoitus vähenee 2,2 prosenttia. Vähennys on 82 euroa asukasta kohden. Laskennallinen asukaskohtainen rahoitus perustuu kahdeksaan kriteeriin, joista väestön ikärakenne ja palvelujen tarve ovat keskeisiä. Pohjois-Savon ikärakennerahoitus on 1 256 euroa, mikä on hieman koko maan keskiarvoa (1 193 euroa) suurempi. Tarveperusteinen rahoitus on 1 868 euroa, mikä on selvästi maan keskiarvoa (1 531 euroa) korkeampi ja maakuntien välisessä vertailussa kolmanneksi suurin. Muut rahoituksen laskennalliset perusteet ovat joko vakiosuuruisia (asukasperuste, 318 euroa) tai kokonaisuuteen nähden suuruudeltaan melko vähäisiä (vieraskielisyys, kaksikielisyys, asukastiheys, saaristolaisuus ja hyte- rahoitus).

Vuonna 2016 Pohjois-Savossa sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot olivat 3 497 euroa asukasta kohti. Tämä oli 15 prosenttia enemmän kuin koko maassa keskimäärin. Alueen palvelutarve oli kuitenkin selvästi keskimääräistä suurempi (tarvekerroin 1,16), minkä vuoksi tarvevakioituneet menot olivat prosentin alhaisemmat kuin koko maassa keskimäärin. Kun tarkastellaan menoja ilman sosiaalihuoltoa, tarvevakioituneet menot olivat kaksi prosenttia alhaisemmat kuin koko maassa keskimäärin.

Erikoissairaanhoidon kustannukset nousivat vuosina 2010–2016 keskimäärin 5,2 prosenttia vuodessa ja perusterveydenhuollon kustannukset 0,9 prosenttia vuodessa. Erityisesti kuntien vastuulla olevan perusterveydenhuollon kustannusosuus koko terveydenhuollon kustannuksista on pienentynyt ja erikoissairaanhoidon kasvanut. Perustason palveluista on jouduttu säästämään kuntien talouden tasapainon saavuttamiseksi, mikä on johtanut palvelurakenteen vääristymiseen.

Palveluverkko

Pohjois-Savon perusterveydenhuolto tuotetaan seitsemän eri organisaation puitteissa. Yhden kunnan yksinään ylläpitämiä terveyskeskuksia on kaksi, Lapinlahti ja Siilinjärvi. Sairaanhoidopiirin kuntayhtymä järjestää Kysteri-liikelaitoksen kautta perusterveydenhuollon ja vanhusten laitoshoidon palvelut seitsemässä kunnassa (Leppävirta, Kaavi, Rautavaara, Pielavesi, Keitele, Tervo ja Vesanto). Kotisairaanhoidon on edelleen kun-

tien vastuulla. Muita kuntayhtymiä ovat Ylä-Savon sote-kuntayhtymä (järjestää koko sosiaali- ja terveydenhuollon sekä osittain erikoissairaanhoidon palvelut), johon kuuluu neljä kuntaa (Iisalmi, Kiuruvesi, Sonkajärvi ja Vieremä) ja Sisä-Savon terveyskeskus-kuntayhtymä, johon kuuluu kaksi kuntaa (Rautalampi ja Suonenjoki). Kuopion ja Varkauden kaupungit ovat vastuukuntaperiaatteella toimivien yhteistoiminta-alueiden vastuukuntia. Kuopion kumppanina on Tuusniemi. Varkauden kanssa yhteistoiminta-alueen muodostaa vielä toistaiseksi Etelä-Savon maakuntaan kuuluva Joroinen. Maakuntauudistuksen yhteydessä Joroinen siirtyy Etelä-Savosta Pohjois-Savon maakuntaan. Pohjois-Savon kaikki 18 kuntaa ovat erikoissairaanhoidon mukaisesti Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän jäseniä.

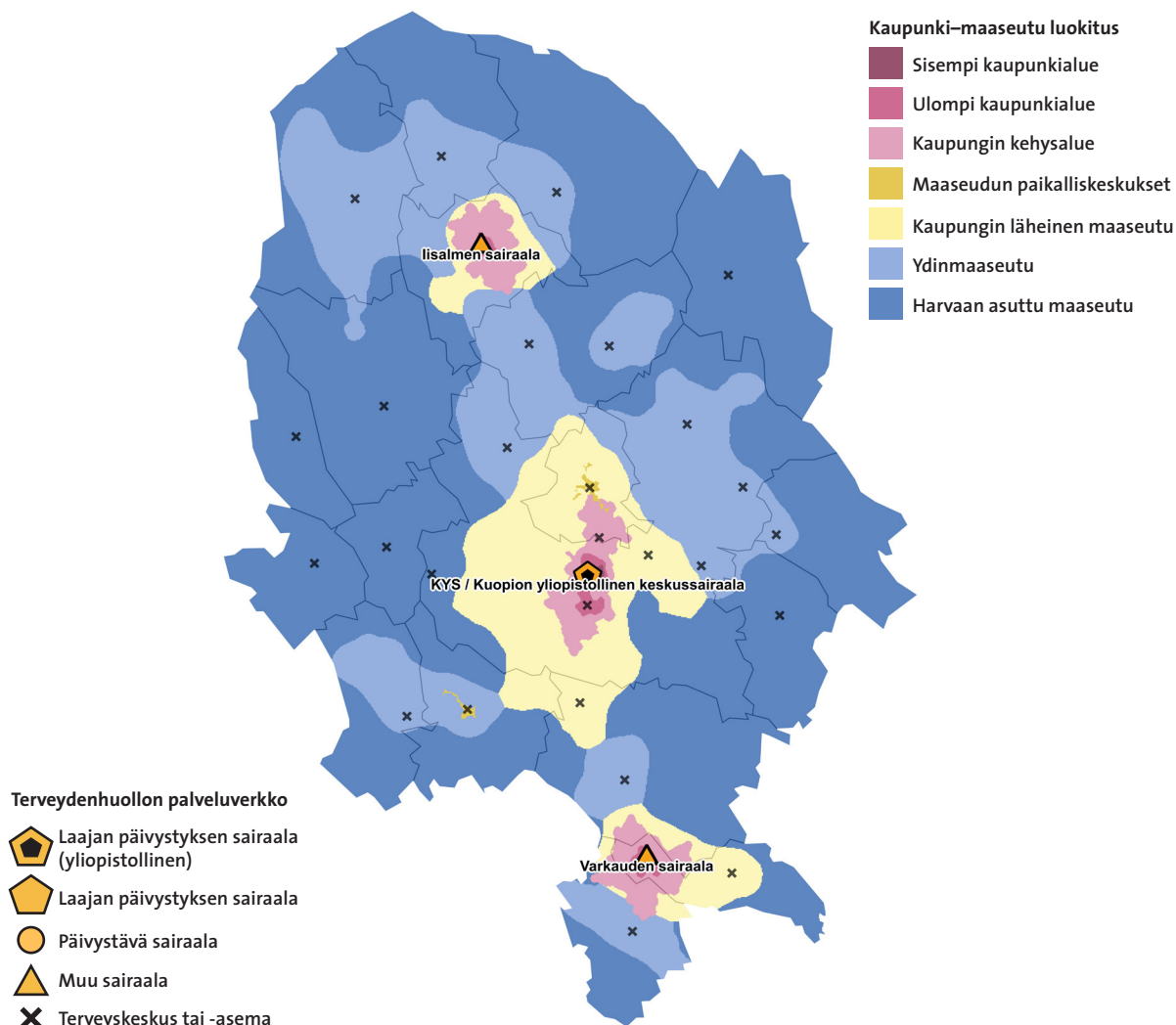
Maakunnan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää on viime vuosina kehitetty ja muotoiltu uusiksi PARAS-puitelain säädösten pohjalta. Lain tavoitteiden mukaisesti on syntynyt sekä kuntaliitoksia että yhteistoiminta-alueita. Erikoissairaanhoidosta vastaa pääasiassa Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri. Sen lisäksi Ylä-Savon sote-kuntayhtymällä on Iisalmen sairaalassa, Kuopion kaupungilla Harjulan sairaalassa sekä Varkauden kaupungilla Varkauden sairaalassa ja näiden sairaaloiden avohoidossa erikoissairaanhoidon palveluita. Myös mielenterveyshuollon erikoissairaanhoidon tasoiseksi luettavia palveluita on tarjolla useissa terveyskeskuksissa. Pohjois-Savon kuntien sosiaalihuollon palvelut tuotetaan kymmenessä eri organisaatiossa.

Vaalijalan kuntayhtymän palvelut muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden, joka palvelee ensisijaisesti Itä-Suomen aluetta ja toissijaisesti Suomen muita maakuntia. Kuntayhtymän omistaa 33 jäsenkuntaa. Tulevaa maakuntauudistuksen jälkeistä palvelutuotannon organisaatiomallia ei ole vielä päätetty. Vaihtoehtoja ovat esimerkiksi yhtiöittäminen ja isäntämaakuntamalli, jossa Etelä-Savon maakunta toimisi isäntämaakuntana.

Itä-Suomen laboratoriokeskuksen liikelaitoskuntayhtymän ISLABin jäseniä (omistajia) ovat Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä (Siun sote), Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä (Essote) sekä Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (Sosteri). Kaikki alueen jäsenkunnat ovat siirtäneet laboratoriopalveluiden tuotantovastuun ISLABille. Hallinnollisesti ISLAB on jaettu neljään aluelaboratorioon, joiden keskuspaikkakuntina ovat Kuopio, Joensuu, Mikkeli ja Savonlinna. ISLABin näytteenottopaikkaverkosto kattaa omistajaorganisaatioiden jäsenkuntien perus- ja erikoissairaanhoidon toimipisteet.

Kuvio 2

Pohjois-Savon maakunnan terveydenhuollon palveluverkko ja kaupunki-maaseutu -luokitus (SYKE).



Pohjois-Savon kunnat ovat kaikki IS-Hankinta Oy:n osakkaita ja käyttävät tätä hankintakanavaa omien ohjeistustensa mukaan porrastetusti merkittäviin sosiaali- ja terveydenhuollon hankintoihin.

Nykyiseen KYS-erityisvastuualueeseen kuuluu viisi sairaanhoitopiiriä: Pohjois-Savon, Pohjois-Karjalan, Etelä-Savon, Itä-Savon ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirit. Alueen yhteenlaskettu väestömäärä on noin 815 000 asukasta. Tulevaan yhteistoiminta-alueeseen kuuluvat Etelä-Savon, Keski-Suomen, Pohjois-Karjalan ja Pohjois-Savon maakunnat. Yhteistoiminta-alueella on käynnistynyt lakiehdotuksen mukaisen yhteistyösopimuksen valmistelu. Tavoitteena on laatia suunnitelma toimenpiteistä, joilla sote-palvelujen yhdenvertainen saatavuus Itä- ja Keski-Suomen alueella varmistetaan. Yhteistyösopimuksen tulisi

lisäksi kattaa työnjakoon liittyvät keskeiset investointisuunnitelmat (mukaan lukien ICT) sekä henkilöstön yhteiskäyttöön liittyvät toimet, logistiikka-asiat, yhteiset vaikuttavuusmittarit, toiminnan ohjaukseen liittyvät järjestelmät sekä ensihoitokeskuksen toiminnan järjestäminen. Yhteistyösopimuksessa on tarkoitus sopia myös maakuntien yhteistyöstä ja työnjaosta koulutuksessa, tutkimuksessa ja kehittämistoiminnassa. Kuopion yliopistollinen sairaala tulee olemaan yksi maan kahdestatoista laajan päivystyksen sairaalasta ja yksi viidestä yliopistosairaalasta, jotka tuottavat korkean tason erityisosaamista vaativia palveluja.

Kuvio 2. Pohjois-Savon maakunnan terveydenhuollon palveluverkko ja kaupunki-maaseutu -luokitus (SYKE).

Henkilöstöresurssit

Pohjois-Savon julkisen perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon palveluksessa oli vuoden 2017 lopussa noin 11 500 työntekijää ja viranhaltijaa, joista lähes kaikki siirtyvät maakunnan ja maakunnan liikelaitoksen palvelukseen.

Lääkäriliiton selvityksen mukaan Pohjois-Savon terveyskeskuksissa työskenteli vuoden 2017 lopussa 204,5 lääkärinä. Tehtävistä yli 90 prosenttia oli virkalääkärin (tai sijaisen) hoitamia. Ostopalveluna tai ulkoistamalla oli hoidettu 10,5 perusterveydenhuollon lääkärin tehtävät. Terveyskeskuksista puuttui 6,5 lääkärin työpanos, joten tutkimuksen aikaan maakunnan lääkärivaje oli 3,2 prosenttia.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävissä rekrytointiongelmia koskevat erityisesti lääkäri- ja sairaanhoitajien voimavaroja. Maakunnan sisällä on alueellisia eroja. Pienten kuntien terveyskeskusten lääkäri- ja sairaanhoitajien voimavaroja on jouduttu ostamaan joko satunnaisesti tai pitkäaikaisilla sopimuksilla yksityisiltä tuottajilta.

Itä-Suomen yliopiston Kuopion kampus on Suomen suurin lääkärien koulutusyksikkö. Lääkäreiden lisäksi yliopistosta valmistuu hammaslääkäreitä, ravitsemusterapeutteja ja muita sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia. Yliopistokoulutuksen lisäksi Pohjois-Savossa on tarjolla monipuolista sosiaali- ja terveydenhuollon ammattikorkeakoulutusoista koulutusta.

ICT-ratkaisut

Pohjois-Savon alueen terveyskeskuksissa käytetään jompaakumpaa kahdesta maan yleisimmästä perusterveydenhuollon potilastietojärjestelmästä. Kolmessa terveyskeskuksessa on käytössä Effica ja muissa Pega-

sos. Pegasoksen käytössä on siirrytty ns. Alue-Pegasokseen. Ohjelmistoissa on yhteisiä alustoja ja toimintoja, joiden kesken on mahdollista siirtyä yhteiskäyttöön yli organisaatiorajojen. Suun terveydenhuollossa on käytössä kaksi järjestelmää, Effica ja WinHit. Sairaanhoidopiirin palveluissa sekä sairaanhoidopiirin ja Kuopion kaupungin yhteisessä Kuopion psykiatrian keskuksessa käytetään Uranus-ohjelmistoa. Edellä mainittujen potilastietojärjestelmien lisäksi sairaanhoidopiirin alueella on monia muita ohjelmistoja ja tietoteknisiä yhteydenpitojärjestelmiä mm. laboratoriopalveluiden, radiologisten tutkimusten arkistoinnin ja EKG-rekisteröintien aloilla.

Tulevien ICT-palveluiden suunnittelun perustana käytetään kunkin toimialan isoimman toimijan ratkaisuja sekä tietojärjestelmien osalta laajimmin käytetyn järjestelmän periaatetta. Perustietotekniikan osalta tämä tarkoittaa käytännössä Pohjois-Savon sairaanhoidopiirin olemassa olevien ratkaisujen soveltamista maakunnalliseen käyttöön. Pyrkimyksenä on, että maakunnan käytössä on yksi tietojärjestelmä kuhunkin käyttötarkoitukseen. Toiminnan käynnistäminen pohjautuu käytössä oleviin tietojärjestelmiin sekä perustietotekniikan ratkaisuihin ja niiden käytön laajentamiseen. Erityistä kehittämistä vaativien kohteiden osalta ratkaisut pyritään toteuttamaan yhteistyössä muiden maakuntien, yhteistoiminta-alueen ja kansallisen tason kanssa. Maakunta, maakunnan liikelaitos ja mahdolliset muut maakunnan yhtiöt/liikelaitokset tulevat käyttämään samoja yhteisiä ICT-palveluita ja maakunnalla on yhteinen tietohallinto. Tietohallinto tukee maakunnan strategian ja tiedonhallinnan kehittämistä.

Maakunnan alueella on tavoitteena hyödyntää maksimaalisesti asukkaiden omaehtoista terveyden edistämistä ja hoitoon osallistumista ODA- ja Virtuaalisairaala -hankkeiden kautta.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannukset

Sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten kehitys

Sosiaalipalveluiden ja terveydenhoidon kustannuksia on arvioitu menetelmin, joita on pitkään käytetty EU:n fiskaalisen kestävyysmetodologian mukaisesti näiden palveluiden menopaineen kehityksen arvioinnissa. Metodologia kattaa sosiaalipalveluiden, terveydenhoidon ja tulonsiirtojen rakenteen varsin yksityiskohtaisesti. Sen ytimessä on menojen linkittäminen eri ikäryhmiin, jolloin väestöennusteen perusteella on arvioitavissa, kuinka palvelujen volyymi kehittyy tulevaisuudessa. Arvioon liitetään myös oletuksia reaalipalkkojen ja inflaation kehityksestä, jotka fiskaalisen kestävyysmetodologian arvioinnissa linkittyvät nekin yhteiseen EU-metodologiaan. EU-metodologia ei ulotu käytettyihin laskentamalleihin asti, ehkä siksikin, että hyvinvointipalvelujen ratkaisuihin on EU-maiden välillä suuria eroja. Suomessa hoivajien ja tulonsiirtojen kokonaisuutta arvioidaan SOME-mallilla.

Simulaatioharjoitusta varten SOME-malli on alueellistettu, ja sitä käytetään aluksi sosiaalipalveluihin ja terveydenhoitoon sivuuttaen tulonsiirrot ja mm. eläkkeet. Arviointi kattaa keskeiset laitos- ja avohoidon palvelumuodot sekä perusterveydenhoidon ja erikoissairaanhoidon eri muodot. Arvioinnissa on käytetty

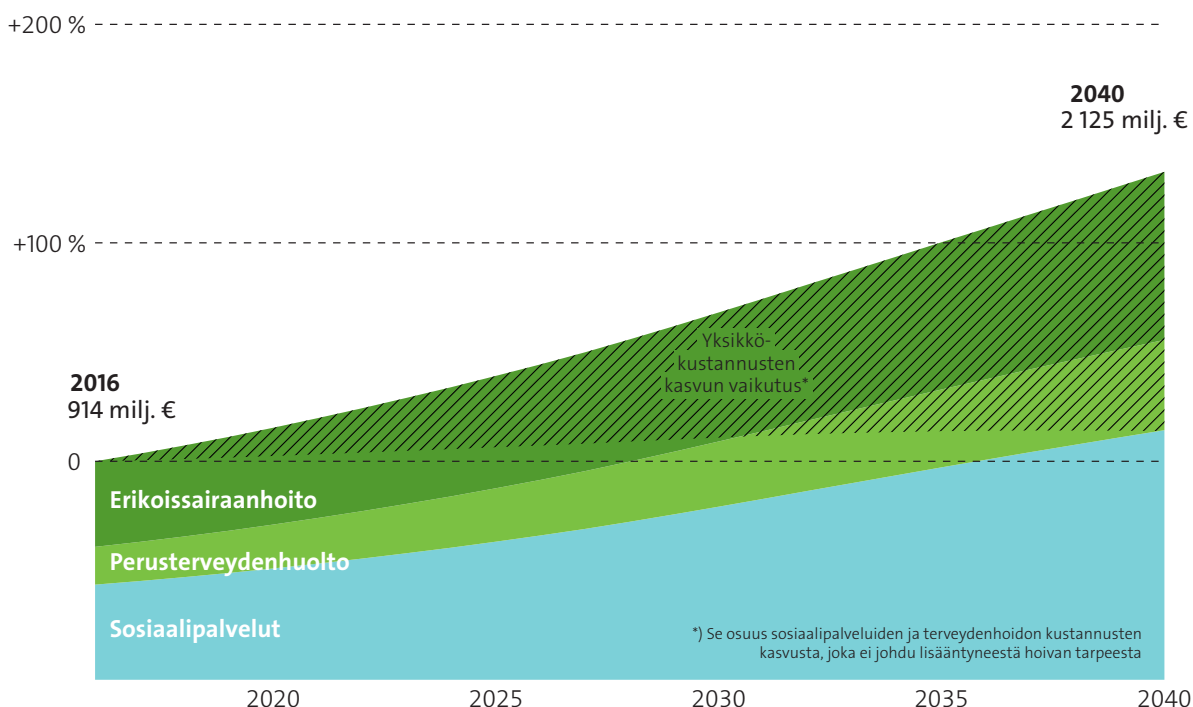
tuoreimpia, kuntatilastosta koottuja laskennallisia nettokustannustietoja, jotka kattavat vuoden 2016. Suurimpina menoerinä koko maan tasolla erottuvat erikoissairaanhoidon sairaalahoido (noin 3 miljardia euroa) ja avohoito (noin 2,3 miljardia euroa) sekä toisaalta vanhusten ja vammaisten eriaisteiset asumis- ja laitoshoitopalvelut, joiden yhteiskustannukset ovat lähes erikoissairaanhoidon luokkaa.

Tässä vaiheessa malli on toteutettu nykyisen maakuntajaon mukaisesti; maakuntien kustannuksista on käytettävissä ajantasaista tietoa. Aluejako on suhteellisen helposti päivitettävissä järjestämisvastuita vastaavaksi. Sen sijaan eri toimenpiteiden ja niiden kustannusten jakautumisesta väestön ikäluokkien välillä ei vielä ole ollut käytettävissä kattavaa alueellista tietoa. Tässä on siksi oletettu, että jakauma maakunnissa vastaa koko maan jakaumaa. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että arvioinnissa voi syntyä eroja maakuntien välillä vain väestön ikärakenteesta tapahtuvien muutosten vuoksi.

Kuviossa on esitetty arvio sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannusten kehityksestä Pohjois-Savossa vuosina 2016–2040. Kuvioon on koottu kustannukset pääluokittain. Oletuksena on, että kaikissa pääluokissa vuotuinen reaalipalkkojen ja kuluttajahintojen kautta syntyvä kustannuspaine on yhteensä kolme prosenttia. Lisäksi siihen on kuvattu pelkästään ikärakenteen muutoksesta johtuva kasvu. Näillä oletuksilla koko maan kustannukset kasvavat vuoteen 2030 mennessä 77 prosenttia ja väestö 4,6 prosenttia; vanhusväestön määrä kasvaa reilut

Kuvio 3

Arvio sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannusten kehityksestä Pohjois-Savon maakunnassa vuosina 2016–2040.



30 prosenttia. Vuoteen 2040 koko maan kustannukset puolitoistakertaistuvat, kun taas väestö kasvaa 6,4 prosentilla ja vanhusväestö lähes 37 prosentilla.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten ennakoidaan Pohjois-Savossa kasvavan vuodesta 2016 vuoteen 2030 noin 68 prosentilla ja vuosina 2016–2040 kaikkiaan noin 133 prosentilla. Maakunnan väestö kasvaa vuosina 2016–2030 hieman, vajaalla puolella prosentilla, mutta supistuu 2030-luvulla, vuoteen 2040 mennessä noin 0,3 prosentilla vuodesta 2016. Vanhusväestön määrä kasvaa lähes 29 prosentilla vuoteen 2030 mennessä mutta alkaa supistua 2040-luvulla. Väestön määrän kääntyminen laskuun hillitsee Pohjois-Savon kustannusten kasvua koko maan keskiarvoon verrattuna.

Somaattisen erikoissairaanhoidon tarvevakioidut menot ja tuottavuus

Erikoissairaanhoidon asukaskohtaisia kustannuksia voidaan tarkastella suhteessa alueiden palvelutarpeeseen. Somaattisen erikoissairaanhoidon kustannuksiin vaikuttavat tekijät voidaan jakaa kahteen osaan: palvelujen käyttöön ja tuottavuuteen. Palvelujen käytöllä tarkoitetaan sitä, kuinka paljon alueen väestö on käyttänyt palveluja suhteessa maan keskitasoon. Palvelujen käyttöä mitataan niin sanotuilla painotetuilla hoitoepisodeilla¹, jotka huomioivat alueiden erilaiset potilasrakenteet. Tuottavuus taas kuvaa sitä, kuinka edullisesti alueen potilaat on hoidettu. Tuottavuutta mitataan painotettujen episodien kustannuksilla.

Tarvevakioinnilla otetaan puolestaan huomioon alueiden erot ikärakenteen, sairastavuuden sekä tiettyjen sosioekonomisten tekijöiden välillä. Erikoissairaanhoidon tarvetta selittää osin eri tekijät kuin yleistä sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetta, ja tähän on laskettu eri tarvekerroin². Jakamalla laskennalliset kustannukset (asukasta kohti) erikoissairaanhoidon tarvekertoimella saadaan tarvevakioidut erikoissairaanhoidon kustannukset asukasta kohti. Kun ne jaetaan edelleen tuottavuudella³, saadaan vakioidut episodit asukasta kohti eli tarvevakioitu erikoissairaanhoidon käyttö.

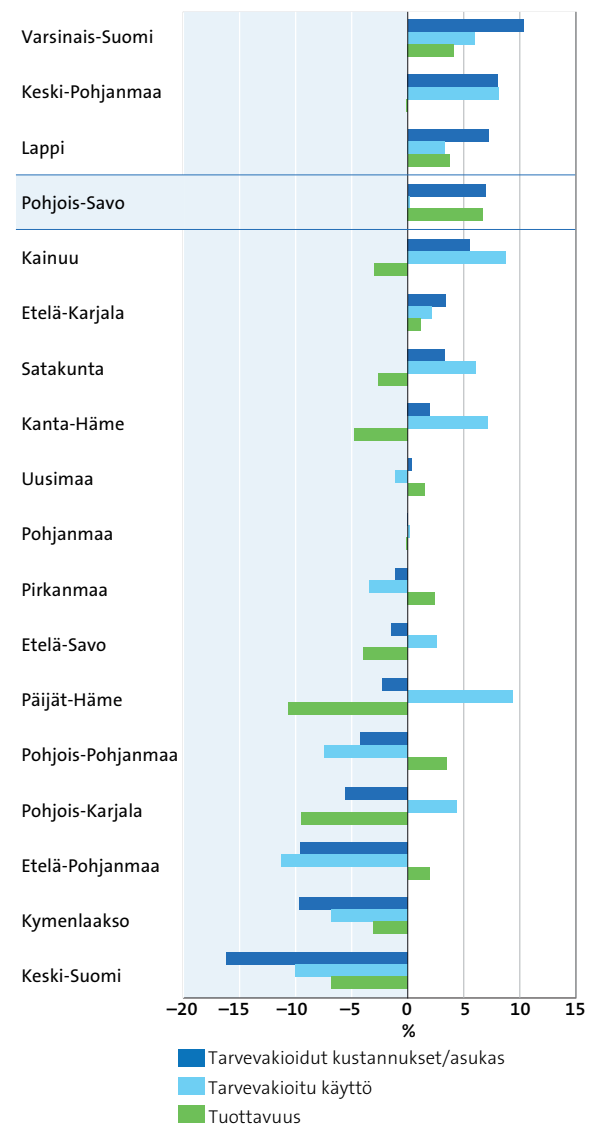
Korkeimmat tarvevakioidut erikoissairaanhoidon menot asukasta kohti laskettuna olivat vuonna 2016 Varsinais-Suomessa (kuvio 4), missä ne ylittivät maan keskitason kymmenellä prosentilla. Euromääräisesti tämä tarkoittaa, että Varsinais-Suomessa käytettiin vuodessa noin 10 prosenttia asukasta kohti enemmän rahaa somaattiseen erikoissairaanhoidon kuin maassa keskimäärin; tämä johtuu kuusi prosenttia keskimää-

räistä suuremmasta palvelujen käytöstä ja neljä prosenttia huonommasta tuottavuudesta. Keski-Suomessa vastaavat kustannukset olivat 15 prosenttia koko maan keskitasoa alhaisemmat, ja syynä on sekä keskimääräistä vähäisempi palvelujen käyttö että parempi tuottavuus. Mitä suurempi positiivinen prosenttiluku, sitä suuremmat kustannukset maan keskitasoon verrattuna. Jos tuottavuus on maan keskitasoa parempi, se näkyy poikkeamana negatiivisen prosenttiluvun suuntaan.

Pohjois-Savossa somaattisen erikoissairaanhoidon tarve oli 14 prosenttia maan keskitasoa korkeampi. Somaattisen erikoissairaanhoidon tarvevakioidut kustannukset asukasta kohti olivat kuusi prosenttia suuremmat kuin koko maassa keskimäärin. Erikoissairaanhoidon tarvevakioitua käyttöä oli prosentin vähemmän kuin maassa keskimäärin.

Kuvio 4

Somaattisen erikoissairaanhoidon tarvevakioitujen menojen sekä palvelujen käytön ja tuottavuuden poikkeama maan keskiarvosta (%) maakunnittain vuonna 2016.



1 Häkkinen, P. & Matveinen P. (2015)

2 Vaalavuo, M. ym. (2013) tutkimuksen aineistoon pohjautuen.

3 Tuottavuus = laskennalliset kustannukset € / episodi, indeksi koko maassa = 100

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen (HYTE) valmistelu etenee maakunnassa hyvin syksyllä 2017 tehdyn HYTE-maakuntakierroksen perusteella. Maakuntavalmistelussa HYTE-toiminnan suunnitteluun on nimetty erillinen ryhmä. Vielä ei ole tiedossa, tuleeko HYTE-toiminta osaksi maakunnan keskushallintoa ja nimitetäänkö maakuntaan HYTE-koordinaattori.

Arvioimme maakunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen *toimintaa* Pohjois-Savon kunnissa tehdyn työn näkökulmasta: mitkä ovat toiminnalliset ja organisatoriset lähtökohdat maakunnallisen HYTE-toiminnan käynnistyessä alueella? Tätä silmällä pitäen on valittu myös indikaattorit, joita seuraavassa käytetään arvioinnin pohjana. Indikaattorit painottuvat terveyssektorille, sillä toistaiseksi käytettävissä olevat sosiaalitoimen indikaattorit kuvaavat lähinnä palvelujärjestelmän toimintaa, jolloin toivottavan tavoite-tason määrittäminen on vaikeampaa kuin vaikkapa terveydentilassa.

Viidessätoista alueen kunnassa on valtuustossa hyväksytty hyvinvointikertomus. Seitsemässä kunnassa on oma hyvinvointikoordinaattori, joka toimii joko osa-aikaisena (6) tai kokoaikaisena (1). Väestöryhmien välisistä terveyseroista on raportoitu valtuustolle kymmenessä kunnassa. Yhdessä kunnassa on tehty päätös ennakoarvioinnin käytöstä kuntalaisten hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavien päätösten valmistelussa. Osallisuuden edistämiseksi kahdeksan alueen kuntaa on kuvannut verkkosivuillaan kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia. Perusterveydenhuollon asiakkaista 31 / 10 000 asiakasta (koko maassa 26,7 / 10 000) oli saanut lääkäriltä, hoitajalta, fysioterapeutilta tai toimintaterapeutilta liikuntaan liittyvää ohjausta tai neuvontaa.

Maakunnan HYTE-toiminnan tarvetekijöitä on arvioitu tunnusluvulla, joilla on selvä yhteys asukkaiden hyvinvointiin ja terveyteen; näihin asioihin myös maakunta ja kunnat voivat yhdessä vaikuttaa. Osa vaikuttavista toimista on sellaisia, että ne edellyttävät sektorirajat ylittävää yhteistyötä, osaan taas tarvitaan alueellista yhteistyötä joko kuntien ja maakunnan välillä tai kuntien kesken. Vaikeimmat HYTE-toiminnan tarvetta synnyttävät ilmiöt edellyttävät kaikkien osapuolten yhteistyötä. Tällaisia ovat esimerkiksi rakennetyöttömyys ja jääminen koulutuksesta syrjään. Rakennetyöttömyys eli vaikeasti työllistyvien osuus alueen 15–64-vuotiaista on 6,5 prosenttia (koko maassa 6,2 %). Niiden 17–24-vuotiaiden osuus, joilla ei ole peruskoulun jälkeistä tutkintoa, on 6,7 prosenttia (koko maassa 8,3 %). ARA-asuntojen osuus

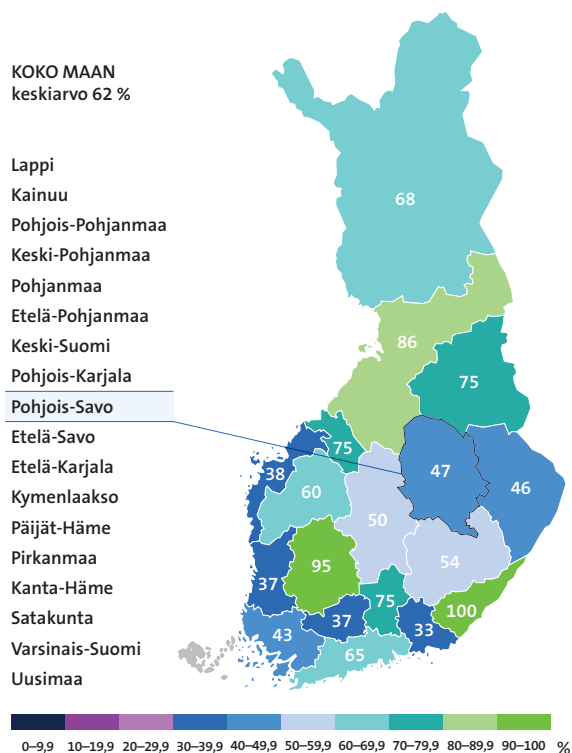
maakunnassa kuvaa sosiaaliseen tarkoituksenmukaisuuteen ja taloudelliseen tarpeeseen perustuvan asutokannan osuutta koko asutokannasta. Maakunnassa osuus on 14 prosenttia asutokannasta, mikä on hieman yli maakuntien keskiarvon (koko maassa 12,1 %).

Lihavien aikuisten osuus on 18,5 prosenttia (koko maassa 18 %), ja sadan metrin matkan juoksemisessa suuria vaikeuksia on 13,4 prosentilla (koko maassa 12 %:lla). Korkeasti koulutetuista 17,6 prosenttia (koko maassa 15 %) ja matalan koulutuksen saaneista 44 prosenttia (koko maassa 36 %) ilmoittaa, että ei todennäköisesti jaksaa työskennellä vanhuuseläkeikään saakka.

Tarttuvien tautien tunnusluvuksi on tässä tarkastelussa valittu alueella todettujen klamydiainfektioiden määrä, joka on maakunnassa (202 tapausta / 100 000 asukasta) alle kansallisen keskiarvon (242 tapausta / 100 000 asukasta).

Kuvio 5

HYTE-koordinaattori tai suunnittelija kunnassa, % maakunnan kunnista



Maakuntavalmistelun aikana maakunta organisoi toimintansa ja rakentaa yhteistyön mm. alueen kuntien kanssa asukkaiden osallisuuden, hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden lisäämiseksi. Tässä toiminnassa maakunta tulee olemaan keskeinen toimija.

Arviointiin nyt (simulointiharjoituksessa) valittujen tunnuslukujen valossa vaikuttaa siltä, että alueen tarvetekijät ovat maan keskitasoa. Ainoastaan sairastavuus poikkeaa muista maakunnista merkittävästi; se on maan korkeinta. HYTE-toiminta on vertailun perusteella maakunnan alueella varsin hyvällä pohjalla. Merkittäviä kuntapäätöksiä ja tulevaisuudessa maakuntapäätöksiä valmisteltaessa on HYTE-toiminnassa kiinnitettävä huomiota paitsi tautien synnyn ja sosiaalisten ongelmien riskitekijöiden vähentämiseen myös työikäisten työssä jaksamisen tukemiseen ja vaikutusten ennakoarviointimenetelmien käyttöön.

Ennaltaehkäisevät palvelut

Sosiaali- ja terveydenhuollon ehkäisevät palvelut ovat keskeisessä roolissa tuettaessa väestön terveyttä ja hyvinvointia. Ehkäisevien palvelujen kivijalan muodostavat äitiys- ja lastenneuvola sekä kouluterveydenhuolto, jotka tavoittavat koko ikäluokan. Nuorten osalta keskeisessä asemassa on opiskeluterveydenhuolto, joka tavoittaa suurimman osan ikäluokasta. Näiden palvelujen toteutumista on arvioitu terveystarkastusten näkökulmasta ”Lasten, nuorten ja perheiden palvelut” -osiossa. Tässä arvioidaan kuitenkin opiskeluhuoltopalvelujen psykologi- ja kuraattoriresurssien riittävyyttä. Vaikka psykologi- ja kuraattoripalvelujen järjestämisvastuu on suunniteltu kunnille, on ne huomioitava arvioitaessa maakunnan järjestämien opiskeluhuoltopalvelujen toimivuutta.

Tässä luvussa kuvataan muutamien tunnuslukuvin perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnan ja suun terveydenhuollon toteutumista. Seulontojen osalta soveltuvat indikaattorit eivät olleet vielä saatavilla, ja sosiaalihuollon ehkäisevien palvelujen arviointiin soveltuvat tiedot ovat vasta rakentumassa, kun sosiaalihuollon rakenteisia tietoja kehitetään. Iäkkäiden

ennaltaehkäisevien palvelujen kokonaisuus on laaja. Tietoja esimerkiksi iäkkäiden neuvonta- ja neuvola-palveluista, asunnon muutostöistä tai kuntoutuksesta ei ole saatavilla. Tähän arviointiin on otettu ainoastaan omaishoidossa olevien saaman kotihoidon laajuus.

Tilannetta arvioitaessa on otettava huomioon potilastietojärjestelmän kirjaamiskäytäntöjen mahdollisten eroavaisuuksien vaikutus tietojen kattavuuteen.

Päihteiden tai tupakan käytöstä on alueella tehty strukturoitua kartoitusta muuta maata enemmän. Vuonna 2017 on tehty 38 kartoitusta 10 000 asukasta kohden (koko maassa 21 / 10 000). Vuonna 2017 perusterveydenhuollossa oli kirjausten mukaan tehty työttömien terveystarkastuksia 0,4 prosentille työttömistä, mikä on selvästi vähemmän kuin koko maassa (1,3 %). Terveystarkastuksia tulisi tehdä työttömille huomattavasti enemmän, asiantuntijoiden arvion mukaan noin 30–40 prosentille vuosittain.

Yli 75-vuotiaiden omaishoitajien jaksamista tuetaan omaishoidossa olevien kotipalvelulla maan keskiarvoa vähemmän. Omaishoidossa olevista 24,6 prosenttia on myös kotihoidon asiakkaita (koko maassa 37 %).

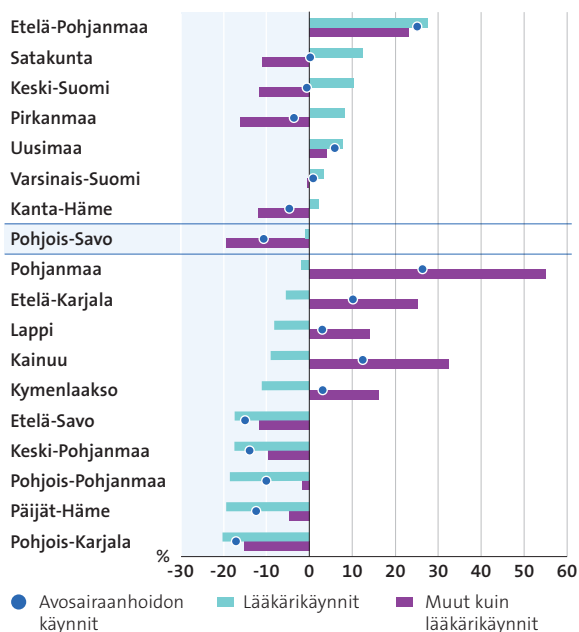
Lapset ja nuoret käyvät suun terveyden tarkastuksessa suuhygienistillä tai hammashoitajalla ollessaan ensimmäisellä, viidennellä ja kahdeksannella vuosiluokalla, muuten tarveperusteisesti. Alueen 0–17-vuotiailla on ollut 406 käyntiä terveyskeskuksen suuhygienistillä 1 000 vastaavanikäistä kohden vuoden aikana, mikä on vähemmän kuin maassa keskimäärin (464 / 1 000). Tässä ikäryhmässä suuhygienistit tekevät pääasiassa ennaltaehkäisevää työtä sekä lisäksi (paikallista työnjaosta riippuen) oikomishoitoa.

Opiskeluhuoltopalveluiden psykologien työpanos on 2 tuntia sataa oppilasta kohden viikossa, ja se on vähemmän kuin koko maassa keskimäärin (3,1 tuntia / 100 oppilasta). Opiskeluhuoltopalveluiden kuraattorien työpanos on 3,9 tuntia sataa oppilasta kohden viikossa. Se on vähemmän kuin maassa keskimäärin (4,8 tuntia / 100 oppilasta).

Perusterveydenhuolto

Kuvio 6

Maakunnan sairastavuusindeksillä korjattujen avosairaanhoidon käyntien poikkeama maan keskiarvosta, avosairaanhoidon käynnit yhteensä, lääkärikäynnit ja muut kuin lääkärikäynnit



Palvelujen saatavuutta arvioidaan palvelujen käytöllä ja hoitotakuun toteutumisella. Avosairaanhoidon käyntejä oli Pohjois-Savon alueella 2,3 asukasta kohden, mikä on 11 prosenttia vähemmän kuin maassa keskimäärin (keskiarvosta sairastavuusindeksillä korjattu käyntimäärä). Lääkärikäyntejä oli 1,6 prosenttia vähemmän ja muita kuin lääkärikäyntejä 19 prosenttia vähemmän kuin em. laskennallinen käyntimäärä. Kiireettömän vastaanottoajan varanneista 37 prosenttia pääsi lääkärin vastaanotolle viikon sisällä (koko maassa 42 %, vaihteluväli 25–69 %). Hoitotakuussa määrätty enimmäisaika (3 kk) ylittyi 1,9 prosentissa kaikista perusterveydenhuollon avosairaanhoidon käynneistä (koko maassa 2,1 %, vaihteluväli 0–11 %).

Kyselytutkimusaineiston perusteella palveluita tarvinneista 23 prosenttia ei ollut saanut terveyskeskuslääkärin palveluita riittävästi (vaihteluväli 21–34 %).

Asiakkaista 27 prosenttia tunsivat voineensa osallistua omaan hoitoonsa (koko maassa 28 %, vaihteluväli 19–34 %). 53 prosenttia koki, että asiat olivat hoituneet sujuvasti ja että tieto oli kulkenut ammattilaisten välillä (koko maassa 46 %, vaihteluväli 32–55 %). 67 prosentilla oli mielestään ollut aito mahdollisuus valita terveysasema (koko maassa 67 %, vaihteluväli 57–77 %). Valinnan perustana olevaan tiedon määrään – mm. jonotusajoista ja laadusta – oli tyytyväisiä 28 prosenttia, mikä on lähes sama kuin maassa keskimäärin (29 %).

Pohjois-Savon alueella terveysasemaa vaihtaneiden osuus 12 kuukauden aikana palveluja käyttäneistä oli 5,33 prosenttia. Osuus oli suurin kaikista maakunnista (vaihteluväli 0,6–5,3 %).

Hoitajan vastaanotolla käyneistä 2 prosenttia kävi lääkärin vastaanotolla kolmen vuorokauden sisällä hoitajalla käynnistä. Maakuntien välillä vaihtelu oli tässä suurta (0,2–56,8 %); arvo kuvaakin toimintatapojen eroa. 1,27 prosenttia potilasta kävi terveyskeskuslääkärin vastaanotolla yli 10 kertaa vuodessa, osuus vaihtelee maakuntien välillä 0,58 prosentista 2,04 prosenttiin.

Hoitokäytäntöjen laatua arvioitiin tarkastelemalla mikrobilääkemääräyksiä epäspesifisen ylähengitystieinfektion hoidossa. Niiden potilaiden osuus, jotka saivat lääkemääräyksen antibioottia varten, vaihteli maakuntien välillä 9,8 prosentista 31,7 prosenttiin. Keski-Pohjanmaan alueella osuus oli 23 prosenttia, mikä on sama kuin maassa keskimäärin.

Perusterveydenhuollon avohoidon (pois lukien suun terveydenhoito) nettokäyttökustannukset olivat 105 milj. euroa. Asukasta kohden laskettuna se on 416 euroa. Maan keskiarvo oli 359 euroa (vaihteluväli 293–489 euroa).

Perusterveydenhuollossa oli avosairaanhoidon vastaanottokäyntejä 11 prosenttia maan keskiarvoa vähemmän: sekä lääkärikäyntejä (1,6 %) että muita kuin lääkärikäyntejä (19 %) oli vähemmän. Hoitotakuu toteutui kohtalaisesti. Kiireettömän vastaanottoajan varanneista 37 prosenttia pääsi lääkärin vastaanotolle viikon sisällä ja vajaa neljännes koki saaneensa riittämättömästi terveyskeskuslääkärin palveluja. Pohjois-Savon alueella oli koko maasta eniten terveysasemaa vaihtaneita (5,3 %).

Mielenterveys- ja päihdepalvelut

Mielenterveysindikaattorit on valittu siten, että niistä muodostuu kuva mielenterveysongelmien yleisyydestä ja erilaisten mielenterveyspalvelujen saatavuudesta ja käytöstä maakunnassa. Hoidon laadusta oli saatavilla niukasti indikaattoritietoa, mutta psykoosisairauksien osalta tarkasteltiin tahdosta riippumatonta hoitoa ja pakkotoimien käyttöä sekä sairaalahoidon pitkittymistä.

Päihdepalveluja koskevien indikaattoreiden pohjalta saa yleiskuvan alueen aikuisväestön päihteiden käytöstä sekä päihdeongelmiin ja päihteistä aiheutuviin sairauksiin liittyvästä palveluiden käytöstä. Sosioekonomisiin terveyseroihin keskeisesti vaikuttavaa alkoholikuolleisuutta tarkastellaan alimman tuloluokan alkoholinkulutuksen vuoksi menetettyjen elinvuosien määrän (PYLL, tieto vuodelta 2013) pohjalta, koska alkoholinkulutuksen muutokset näkyvät alimmassa tuloryhmässä muita tuloryhmiä voimakkaammin. Mukana on myös ehkäisevän päihdetyön laatua ja tarvetta kuvaavat kaksi indikaattoria.

Palveluiden asiakaslähtöisyydestä ja yhdenvertaisuudesta ei tätä arviointia varten ollut indikaattoritietoja eikä myöskään henkilöstöä koskevia indikaattoritietoja.

Pohjois-Savon alueella vakavien mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys on maan suurimpia. Erityiskorvattaviin lääkkeisiin psykoosin vuoksi oikeutettuja on 2,4 prosenttia väestöstä (koko maassa 1,8 %), ja mielenterveyden tai käyttäytymisen häiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkettä saavia 25 – 64-vuotiaita on 5,1 % vastaavanikäisestä väestöstä (koko maassa 3,5 %). Mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saaneiden osuus on muuta maata korkeampi. Psykiksesti kuormittuneiden osuus maakunnassa on hieman maan keskiarvoa alhaisempi.

Avohoidon mielenterveyspalvelujen käyttö on alueella selvästi maan keskiarvoa suurempaa. Aikuisten mielenterveyden avohoitokäyntejä on 819 tuhatta 18 vuotta täyttäneitä kohden, koko maassa 518. Erikoissairaanhoidon avohoitokäyntejä on 626 tuhatta 18 vuotta täyttäneitä kohden ja perusterveydenhuollon avohoitokäyntejä 158 tuhatta asukasta kohden (koko maassa 340 ja 144).

Psykiatrian laitoshoidon hoitopäivien määrä alueella on 18–24-vuotiaiden ikäryhmässä jonkin verran ja 25–64-vuotiaiden ikäryhmässä selvästi maan keskiarvoa suurempi. 65 vuotta täyttäneiden laitoshoidon hoitopäiviä on hieman maan keskiarvoa vähemmän. Tahdosta riippumattomaan hoitoon määrättyjen osuus 18 vuotta täyttäneistä on hieman maan keskiarvoa korkeampi. Pakkotoimien käyttö tahdosta riip-

pumattomien hoitojaksojen aikana on lähellä maan keskiarvoa. Yli 90 päivää yhtäjaksoisesti sairaalassa olleiden psykiatrian potilaiden osuus on maan keskitasoa.

Psykiatrian kuntoutuskotien asiakkaita on sekä ympärivuorokautisesti että ei-ympärivuorokautisesti tuetuissa palveluissa huomattavasti maan keskiarvoa enemmän.

Kelan korvaamaa psykoterapiaa alueella saadaan hieman maan keskiarvoa vähemmän. Psykoterapiaa on 16–24-vuotiaista saanut 8,1 tuhatta vastaavanikäistä kohden, kun koko maan keskiarvo on 10. Vastaavat luvut 25–64-vuotiailla ovat 7,6 ja 9 tuhatta vastaavanikäistä kohden. Kelan korvaamia yksityispsykiatrikäyntejä on hieman maan keskiarvoa vähemmän.

Kokonaisuutena mielenterveyspalvelujen käyttö on runsasta, mikä heijastanee ensisijaisesti vakavien mielenterveyshäiriöiden yleisyyttä ja siten mielenterveyspalvelujen tarvetta alueella. Sekä avohoidon käyntejä että laitoshoidon hoitopäiviä on runsaasti. Tahdosta riippumattonta hoitoa ei ole erityisen paljon eikä sairaalahoidon pitkittymistä. Asumispalvelujen saatavuus vaikuttaa hyvältä. Indikaattoritieto ei anna tarkempaa tietoa avohoitopalvelujen sisällöstä, eikä siten ole tiedossa, kuinka paljon alueella on liikkuvia, tehostettuja ja kotiin vietäviä palveluja, joilla voitaisiin parantaa potilaiden toimintakykyä, tukea avohoidossa pärjäämistä ja ehkäistä laitoshoidon tarvetta.

Pohjois-Savon alueen aikuisväestöstä päivittäin tupakoi 18,3 prosenttia (koko maassa 16,6 %), alkoholia liikaa käyttäviä on 33,6 prosenttia (AUDIT-C-mittarin mukaan riskipistemäärät ylittävien osuus; koko maassa keskitasoa 33,2 %) ja kannabista 12 viime kuukauden aikana käyttäneitä on 2,9 prosenttia (koko maassa 4,4 %). Pääasiassa huumeiden pistämällä tapahtuvaan käyttöön liittyviä uusia hepatiitti C -tartuntoja alueen 100 000:ta asukasta kohden on todettu 25,4 (koko maassa 20,8).

Päihdeongelmaisten avohoidossa painottuu erikoissairaanhoito keskimääräistä enemmän. Perusterveydenhuollon avohoidossa tehtävässä päihdetyössä on vähemmän potilaita (5,1/1000 asukasta) kuin koko maassa (6,2). Päihdehuollon avohoidossa asiakkaiden määrä (8,4 /1000 asukasta) on samalla tasolla kuin koko maassa (8,2). Erikoissairaanhoidon avohoidossa on päihteiden vuoksi enemmän potilaita (6,2/1000 asukasta) kuin koko maassa (5,4).

Alueella hoidetaan ympärivuorokautisissa palveluissa enemmän päihdeongelmaisia kuin maassa keskimäärin. Päihteiden vuoksi sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla on selvästi enemmän potilaita (4,1/1000 asukasta) kuin koko maassa (2,8). Päihdehuollon laitoksissa katkaisuhoidossa ja kuntou-

tuksessa on niin ikään enemmän asiakkaita (3,1/1000 asukasta) kuin maassa keskimäärin (2,4). Myös päihdehuollon asumispalveluissa on hieman enemmän asiakkaita (1,3/1000 asukasta) kuin koko maassa (1,1).

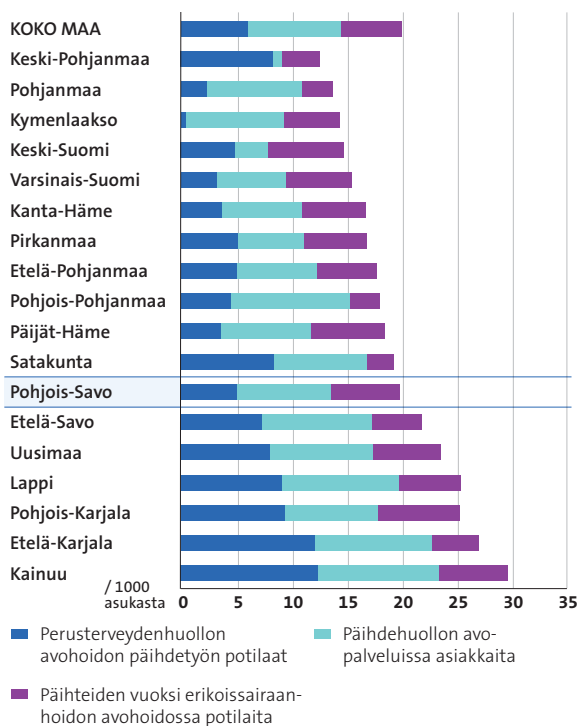
Kaikkein pienituloisimmilla 25–80-vuotiailla on alkoholikuolemien vuoksi menetettyjä elinvuosia (PYLL) eniten (4 523/100 000 vastaavanikäistä) koko maassa (3 261).

Ehkäisevästä päihdetyöstä vastaava toimielin on nimetty harvempaan (36,8 %) alueen kunnista kuin koko maassa (44,1 %). Pohjois-Savon alueen yläkoulujen luokkien 8 ja 9 oppilaista tosi humalassa vähintään kerran kuukaudessa on saman verran (10,1 %) kuin koko maassa (10,2 %).

Alueen aikuisväestön päivittäinen tupakointi ja huumeiden pistämiseen liittyvät uudet hepatiitti C -tartunnat ovat yleisempiä kuin maassa keskimäärin, alkoholin riskikäyttö on maan keskitasoa ja kannabiksen käyttö alle maan keskitason. Avopalveluissa päihdepalveluiden käyttö on alle maan keskitason perusterveydenhuollossa, koko maan keskitasoa päihdehuollon erityispalveluissa, ja yleisempää erikoissairaanhoidossa. Päihteiden käyttäjien hoidossa ja kuntoutuksessa käytetään enemmän ympärivuorokautisia palveluja kuin maassa keskimäärin. Hoitopalvelujen hieman keskimääräistä runsaammasta käytöstä huolimatta pienituloisimmilla on alkoholikuolemien vuoksi menetettyjä elinvuosia enemmän kuin millään muulla alueella. Palveluiden kehittämisessä haasteena on erityisesti huumeita pistämällä käyttävien, nuorten sekä syrjäytymisriskissä olevien palvelujen kehittäminen.

Kuvio 7

Päihdeongelmien tai -sairauksien vuoksi avohoidossa vuonna 2016 hoidetut potilaat perusterveydenhuollon päihdetyössä, päihdehuollon erityispalveluissa ja erikoissairaanhoidossa suhteessa väestöön



Erikoissairaanhoito

Pohjois-Savon väestön somaattisen erikoissairaanhoidon palvelutarve painottuu sepelvaltimotautiin ja vammojen sekä myrkytysten hoitoon. Syöpiä sairastetaan keskimääräistä vähemmän. Sairastavuusindeksi on 137,4.

Pohjois-Savossa erikoissairaanhoidon palveluita tuottavat Kuopion yliopistollinen sairaala, Kuopion terveyskeskus, Iisalmen sairaala ja Varkauden sairaala. Iisalmen sairaala on Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän sairaala ja Varkauden sairaala tällä hetkellä yksityissairaalalla. Potilas- ja hoitajaksojen määrien ja keston valossa potilaita hoidetaan vuodeosastoilla lähes samoin kuin koko maassa keskimäärin, ainoastaan hoitopäivien määrä on keskitasoa suurempi (635 / 1000 asukasta, koko maa 606). Avohoitokäyntejä maakunnassa tehdään enemmän kuin maassamme keskimäärin (1,8 käyntiä asukasta kohti, koko maa 1,54). Somaattisen erikoissairaanhoidon käyttöindeksi on 105,8. Toimenpiteellisten hoitajaksojen määrä (71,5 / 1000 asukasta) on alle koko maan tason (78,3) ja päiväkirurgisten potilaiden osuus kaikista toimenpiteellisistä potilaista on maan matalin, 37,4 % (koko maa 50,8 %). Päivystysleikkausten osuus (25,2 %) on yli keskimääräisen (23,4 %). Vuonna 2016 synnytysten määrä oli 2279, näistä sektioita oli 13 % (koko maa 16 %). Sepelvaltimoiden varjoainekuvauksia (8,68 / 1000 asukasta) ja pallolaajennuksia (4,28 / 1000 asukasta) tehdään enemmän kuin maassa keskimäärin, erityisesti pallolaajennuksia (koko maan vastaavat lukemat 6,5 ja 2,8).

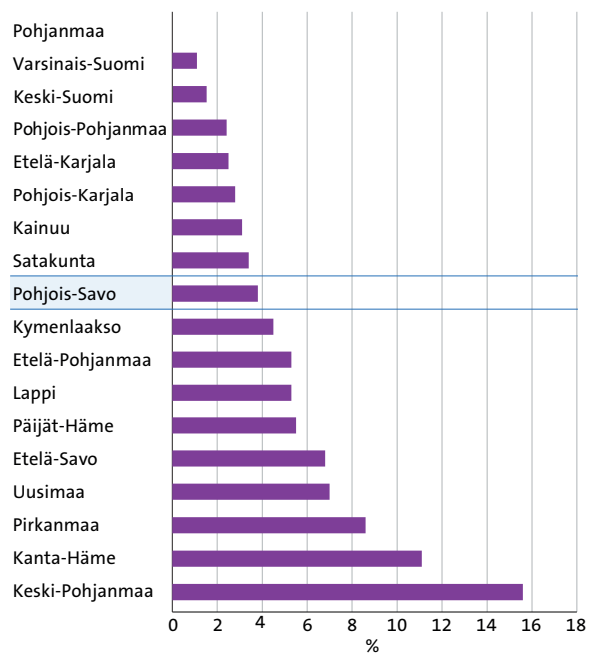
Päivystysaikana ja ensiavun kautta alkavien hoitajaksojen suuri osuus voi heijastaa maakunnan muun terveydenhuollon toiminnan puutteita tai pitkiä odotusaikoja suunniteltuun hoitoon. Pohjois-Savossa päivystyskäyntien määrä on keskitasoa (216 / 1000 asukasta, koko maa 185). Hoitotaksot alkavat puolessa tapauksista (51 %, koko maa 47 %) päivystyksenä. Terveyskeskuksen läheteellä saapuu potilaita 38 % (koko maa 37,5 %) ja ilman lähetettä 28,8 % (koko maa 23,9 %). Yksityislääkärin läheteellä alkaa hoitotaksot yhtä vähän kuin Keski-Pohjanmaalla (11,4 % jaksoista, koko maa 16,5 %). Erikoissairaanhoitoa odottavia on maakunnassa kohtuullinen määrä (1,3 / 10 000 asukasta, koko maa 2,5), mutta odotusajan mediaani on pisin eli 63 vuorokautta (koko maa 46). Sekä kaihi- ja leikkauksiin (106 vuorokautta) että polven tai lonkan tekonivelleikkaukseen (83 vuorokautta) odotetaan maakunnassa pitkään; nämä odotusajat ovat ylimpien tertiilien joukossa.

Maakunnan somaattisen erikoissairaanhoidon nettokäyttökustannukset ovat kalliimpien joukossa eli 1271 euroa asukasta kohden (koko maa 1193) ja kustannusindeksi on 115,7 (toiseksi suurin). Toimintakuluista henkilöstön osuus on 54,7 % ja ostopalvelujen 24,4 %; vastaavat kuluerät koko maassa ovat 52,3 % ja 30,8 %. Voimavarojen raportoinnissa kaikilla maakunnilla on valitettavia epätarkkuuksia, mutta sairaansijojen määrässä Pohjois-Savo sijoittuu toiseksi Keski-Pohjanmaan jälkeen (3,14 sairaansijaa / 1000 asukasta, koko maa 2,2). On myös huomattava, että perusterveydenhuollon sairaansijojen määrä maakunnassa on suuri. Henkilötyövuosia ei maakunnasta ole käytettävissä.

Tarkasteluun valituissa laatumääreissä maakunnan tulokset ovat keskitasoa: lonkkamurtumapotilaiden leikkausta yli 2 päivää odottaneiden osuus on 3,9 % kaikista lonkkamurtumapotilaista (koko maa 4,2 %, vaihteluväli 0–15,3 %), sydäninfarktipotilaiden 30 päivän kuolleisuus on 9,1 % (koko maa 8,8 %, 5,5–10,8 %) ja uudelleen sairaalaan joutuu 11,8 % potilaista (koko maa 13,3 %, 9,1–20 %). Infektioiden tilanne ei ole tiedossa, sillä Staphylococcus aureukseen liittyvien bakteremioiden määrää ei ole käytettävissä.

Kuvio 8

Lonkkamurtuman leikkausta yli 2 päivää odottaneiden osuus (vakioitu) maakunnissa



Lasten, nuorten ja perheiden palvelut

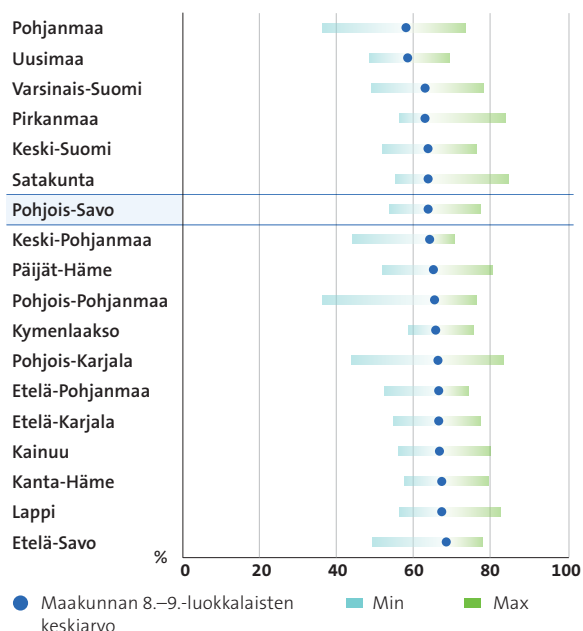
Lasten ja perheiden palvelujen laatuun vaikuttavat valtakunnalliset suositukset on huomioitu Pohjois-Savossa erittäin hyvin. Palveluiden asiakaslähtöisyys vastaa maan keskitasoa. Kirjaamisen puutteet heikentävät laajojen terveystarkastusten yhdenvertaisen toteutumisen arviointia.

Äitiys- ja lastenneuvolapalveluiden toteutuminen Pohjois-Savossa ylittää maan keskitason, ja koulu- ja opiskeluterveydenhuolto toteutuu tarkasteltujen indikaattorien valossa hyvin. Pohjois-Savossa on lastensuojelun asiakkaita sekä avohuollossa että sijais-huollossa keskimääräistä enemmän. Lastensuojelun kustannukset painottuvat perhe- ja laitoshuoltoon.

Arvioinnissa käytetyt mittarit kuvaavat vain osaa lasten ja nuorten palveluista. Palveluiden tarvetta kuvaavia mittareita ei ollut mukana tässä arvioinnissa.

Kuvio 9

Terveystarkastuksen toteutuminen oppilaslähtöisesti, maakunnan keskiarvo ja kuntien välinen hajonta



Perhekeskuspalvelut

Kaikki Pohjois-Savon kunnat ilmoittivat, että kaikille lasta odottaville ja lapsille järjestetään lainmukainen laaja terveystarkastus. Laajaan terveystarkastukseen osallistuu ainakin toinen lapsen vanhemmista, ja terveydenhoitaja ja lääkäri tekevät tarkastuksen yhteistyössä. Potilastietomerkintöjen mukaan laaja terveystarkastus järjestetään kuitenkin vain noin kolmannekselle 4 kuukauden ja 4 vuoden ikäisistä lapsista. Erilaiset tulokset johtuvat asiakastietojärjestelmien ominaisuuksista ja kirjaamisen puutteista.

Asiakastytyväisyyskyselyn mukaan asiakkaat olivat tyytyväisiä lastenneuvolapalveluihin, ja tulos vastasi koko maan tasoa. Äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajien ja lääkärin määrä vastaa kohtalaisesti henkilöstömäärästä annettuja suosituksia.

Suun terveystarkastus ensisynnyttäjille järjestetään Pohjois-Savossa hyvin. Isyyden tunnustamisesta kohtalainen osuus oli tehty raskausaikana äitiysneuvolassa.

Perheiden määrä sosiaalihuoltolain mukaisessa perhetyössä vastasi Pohjois-Savossa maan keskitasoa, kuten myös lasten ja perheiden sosiaalipalveluiden (pois lukien lastensuojelu) nettokäyttökustannukset.

Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto

Pohjois-Savon maakunnassa kouluterveydenhuolto ja toisen asteen opiskeluterveydenhuolto on suunniteltu terveystarkastusten osalta toteutettavaksi säädösten mukaisesti. Kaikkien maakunnan terveyskeskusten (100 %) toimintasuunnitelmiin on kirjattuna lakisääteiset kolme laajaa terveystarkastusta peruskoulun aikana. Opettajan antama arvio oppilaan selviytymisestä ja hyvinvoinnista koulussa sisältyi laajaan tarkastukseen 63 prosentissa maakunnan peruskouluista (maakuntien vaihteluväli 35–90 %).

Sekä 4. ja 5. luokkien että 8. ja 9. luokkien oppilaiden näkemykset viimeisimmän terveystarkastuksen laadukkaasta toteutumisesta olivat maan keskiarvon tasoa. 4.–5. luokan oppilaista 49 prosenttia (koko maa 49 %) ja 8.–9. luokan oppilaista 61 prosenttia (koko maa 60 %) oli kokenut tarkastuksen toteutuneen omasta näkökulmastaan laadukkaasti.

Laajojen terveystarkastusten kirjaamisessa on vielä joko käytännöistä tai teknisistä pulmista johtuvia puutteita. Ainoastaan 25 prosenttia 8-luokkalaisten laajoista terveystarkastuksista kirjautui toteutuneiksi kansalliseen Avohilmo-rekisteriin (maakuntien vaihteluväli 6–34 %).

Pohjois-Savossa koululääkäreiden henkilöstömitoitus oli maakuntien keskitasoa. Oppilasmäärä koululääkärihenkilötyövuotta kohden oli 1,6-kertainen valtakunnalliseen mitoitussuositukseen (2100 oppilasta) nähden.

8. ja 9. luokan oppilaista 43 prosenttia oli asioinut kouluterveydenhoitajalla myös muuten kuin terveystarkastuksissa. Tämä on selvästi enemmän kuin maassa keskimäärin (38 %). Runsaaseen kouluterveydenhoitajalla asioimiseen voi olla useita syitä kuten muuta maata suuremmat palvelutarpeet, muiden opiskeluhoitopalvelujen puute, heikkoudet määrärahaisten terveystarkastusten toteuttamisessa tai pelkästään se, että palvelut ovat helposti saavutettavissa ja kohtaavat lasten ja nuorten tarpeet.

Kaikkien Pohjois-Savon terveystieteiden (100 %) toimintasuunnitelmiin sisältyy lukioissa ja ammatillisissa oppilaitoksissa tehtävä lakisääteinen opiskelu-terveydenhuollon lääkärintarkastus opiskeluaikana. Lakisääteisyydestä huolimatta näin ei toimita kaikissa maakunnissa (maakuntien vaihteluväli lukioissa 80–100 % ja ammatillisissa oppilaitoksissa 50–100 %).

Erityistason palvelut

Lastensuojelun palveluntarpeen arvioinneista 98 prosenttia oli Pohjois-Savossa valmistunut kolmen kuukauden sisällä: tämä kuvaa lain hyvää toteutumista. Lastensuojelun avohuollon asiakkuuksia oli enemmän kuin maakunnissa keskimäärin. Lastensuojelun asiakassuunnitelmien määrä suhteessa avohuollon asiakkuuksiin (67/100) oli korkeampi kuin maakunnissa keskimäärin. Laki edellyttää asiakassuunnitelmaa kaikista asiakkuuksista. Lastensuojelun tehostetussa perhetyössä oli vähemmän perheitä kuin maakunnissa keskimäärin. Kiireellisten sijoitusten määrässä maakunta oli keskitasoa, mutta huostassa olleiden määrä oli maakuntien suurimpia. Lastensuojelun avohuollon palveluiden nettokäyttökustannukset olivat keskitasoa matalammat huolimatta keskimääräistä suuremmista asiakasmääristä. Perhe- ja laitoshoidon nettokäyttökustannukset olivat muihin maakuntiin nähden keskitasoa korkeammat, myötäillen asiakasmääriä.

Sairaalahoidon hoitopäiviä oli 0–17-vuotiailla Pohjois-Savossa jonkun verran enemmän kuin maassa keskimäärin. Yksikään asiakas ei odottanut Pohjois-Savossa nuoriso- tai lastenpsykiatriseen hoitoon laissa säädettyä kolmea kuukautta pidempään vuoden 2017 seuranta-ajankohtina. Tavanomaisesti lasten ja nuorten psykiatriseen hoitoon pääsyä piti kuitenkin odottaa noin kuukausi. Synnytyssairaalan palveluihin oltiin Pohjois-Savossa tyytyväisiä.

Työikäisten sosiaalipalvelut

Työikäisten sosiaalipalvelujen tavoitteena on tukea työikäisiä asiakkaita elämänhallintaan, työhön, toimeentuloon ja opiskeluun liittyvissä asioissa sekä vähentää eriarvoisuutta. Tässä arvioinnissa työikäisten sosiaalipalvelujen tilaa tarkastellaan työttömyyden, eriarvoisuuden ja palvelujen saavutettavuuden näkökulmista.

Pohjois-Savon alueella rakennetyöttömyyden aste on 6,5 prosenttia, mikä on hieman maan keskimääräistä lukua (6,2 %) korkeampi. Työttömien aktivointiaste (27 %) on maakunnallisista alueista matalin (maan keskiarvo 31,6 %). Myös kuntouttavaan työtöimintaan osallistuvien osuus 15–64-vuotiaasta väestöstä (10,2 %) on jonkin verran matalampi kuin kansallinen keskiarvo (11,6 %). Työttömyysjakso venyi yli 12 kuukauden pituiseksi 8,3 prosentilla työttömäksi jääneistä; luku on kansallista keskitasoa (11,9 %) selvästi matalampi ja maakunnallisista alueista kolmanneksi matalin. Kunnan osarahoittaman työmarkkinatuen määrä kertoo, miten kunta on kyennyt ohjaamaan pitkään työttömänä olleita henkilöitä työllistymistä edistäviin palveluihin. Vuonna 2016 Pohjois-Savon alueen kunnat maksoivat alueen asukaille myönnettyä työmarkkinatukea takaisin valtiolle 20 946 522 euroa, mikä on 2547 euroa kutakin pitkäaikaistyötöntä kohden. Maakunnallisessa vertailussa määrä on suurin (maan keskiarvo 1978 euroa).

Pohjois-Savon alueella rakennetyöttömyyteen ei ilmeisesti ole tehokkaasti vaikutettu aktivointitoimilla. Tämä saattaa ilmetä myös työmarkkinatuen korkeana takaisinmaksusuutena. Kansallisessa vertailussa työttömyysjaksojen pitkittyminen ei kuitenkaan ole Pohjois-Savossa erityinen ongelma.

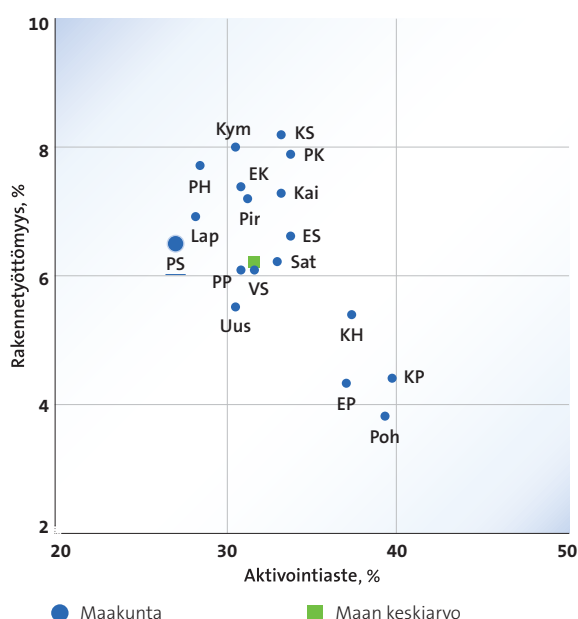
Asunnottomia Pohjois-Savon alueella on 0,6 promillea eli vähemmän kuin maakunnallisilla alueilla keskimäärin mutta mediaania enemmän (1,2 %, mediaani 0,3 %). Toimeentulotukea myönnettiin 128 euroa asukasta kohden, mikä on vähemmän kuin maakunnallisilla alueilla keskimäärin (136 euroa / asukas). Toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneita 25–64-vuotiaita oli 2,4 prosenttia eli vastaava osuus kuin maassa keskimäärin (2,4 %). Nuorista 18–24-vuotiaista pitkäaikaisesti toimeentulotukea sai 3,8 prosenttia, mikä on lähellä maan keskiarvoa (3,6 %). Täydentävää toimeentulotukea myönnettiin Pohjois-Savon alueella vuonna 2016 keskimäärin 531 euroa ja ehkäisevää toimeentulotukea 472 euroa tukea saanutta asukasta kohden. Vastaavat koko maan keskiarvot olivat 551 euroa (täydentävä tuki) ja 632 euroa (ehkäisevä tuki).

Pohjois-Savon alueella rakennetyöttömyys ja aktivointiasteen mataluus eivät vahvasti ilmene pitkäaikaisten toimeentulotukiasiakkuuksien määrässä. Täydentävällä ja ehkäisevällä tuella voidaan ottaa huomioon henkilön erityiset tarpeet ja olosuhteet sekä edistää omatoimista suoriutumista. Ehkäisevää toimeentulotukea myönnetään kuitenkin keskimääräistä vähemmän.

Sosiaalipalvelujen saavutettavuutta selvitettiin vuoden 2017 ATH-kyselyn tulosten perusteella. Koko maassa vastaajista 79,8 prosenttia katsoi, että asiakasmaksut tai matkat eivät ole vaikeuttaneet palvelujen saavutettavuutta. Pohjois-Savossa vastaava luku oli 76,8 prosenttia. Tulos on keskimääräistä heikompi, lähes joka neljännellä vastanneista on ollut vaikeuksia saada sosiaalipalveluja. Maakunnittain tarkastellen vastaajia oli kuitenkin vähän, joten kyselyn tulokset ovat enintään viitteellisiä.

Kuvio 10

Rakennetyöttömyys ja työttömien aktivointiaste Pohjois-Savossa



Vammaispalvelut

Henkilö, jolla on vammasta tai sairaudesta johtuva toimintarajoite, voi tarvita tavanomaisen elämänsä tueksi yleisten palvelujen lisäksi erityispalveluja. Tässä tarkastellaan vammaispalvelu- ja kehitysvammalakiin mukaisia palveluja vuoden 2016 tietojen perusteella. Myönnettyjen palvelujen perusteella saadaan kuvaa palvelujärjestelmästä.

Vammaisuuden palvelukokonaisuutta tarkastellaan alla olevassa kuviossa yhtenä kokonaisuutena. Kuviossa on yksittäisten palveluiden kokonaismäärä suhteutettuna alueen väkilukuun (vuoden 2016 tilastojen perusteella). Lukumäärät eivät kuvaa palvelujen piirissä olevien henkilöiden määrää vaan annettuja tai myönnettyjä palveluita. Tarkasteluun on otettu seuraavat palvelut: *asunnonmuutostyö ja asuntoon kuuluvat laitteet ja välineet, henkilökohtaisen avun asiakkaiden määrä, kehitysvammaisten henkilöiden määrä erilaisissa asumispalveluissa ja vaikeavammaisten palveluasumisessa, työllistämistä tukevien toimintojen sekä työ- ja päivätoiminnan piirissä olevien määrä, kodinhoitoapua saaneiden vammaistalouksien määrä, alle 65 vuoden ikäisiä hoitavien omaishoidontuen päätösten määrät sekä vammaispalvelulain mukainen kuljetuspalvelu.*

Lisäksi kuviossa on Kelan vammaisuuden perusteella maksamien etuuksien saajien määrä väkilukuun suhteutettuna 1000 asukasta kohden. Koko maassa vammaisetuksia myönnettiin 1 000 asukasta kohden noin 50 ihmiselle (49,9). Vammaisuuden perusteella myönnettyjen palvelujen määrä oli tuhatta asukasta kohden noin 65 (65,2). Vastaavat luvut olivat Pohjois-Savon maakunnassa seuraavat: vammaisetuksien piirissä oli 63 (62,5) henkilöä 1000 asukasta kohden ja myönnettyjen palveluja määrä 1000 asukasta kohden oli 43 (42,5). Palveluiden myöntämisperusteet ja vammaisetuksien saamisen kriteerit poikkeavat toisistaan, eikä näin ollen vammaisetuksia saavien henkilöiden määrää voi suoraan pitää palveluita tarvitsevien määränä. Voidaan olettaa, että vammaisetuksia saavissa on runsaasti sellaisia henkilöitä, jotka eivät ole vammaispalveluiden piirissä. Mutta nämä henkilöt saattavat saada muita palveluja esimerkiksi sosiaalihuoltolain perusteella. Palvelujen kattavuus edellyttäisikin laajempaa selvitystä yhdessä tarvearvioinnin kanssa.

Kaksi suurinta palvelukokonaisuutta myönnettyissä palveluissa ovat henkilökohtainen apu ja liikkumisen palvelut.

Henkilökohtaisessa avussa palvelun käyttäjien määrä koko maassa oli 383 henkilöä 100 000 asukasta kohden. Vastaava luku oli Pohjois-Savossa 555. Asia-

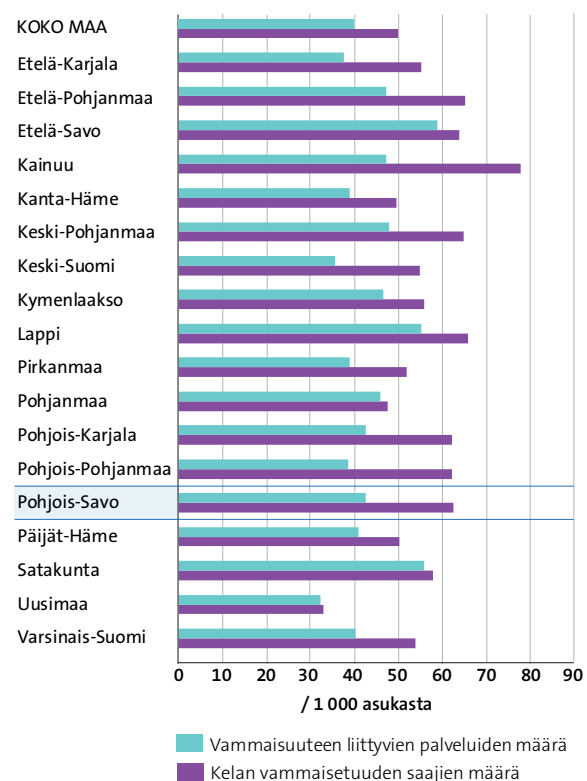
kasmäärä ei kerro siitä, kuinka paljon henkilökohdasta apua on kullekin asiakkaalle myönnetty ja onko palvelu ollut riittävää ja vaikuttavaa.

Liikkumisten palvelut sisältävät hyvin monenlaisia palveluita. Erityispalvelujen tarpeeseen vaikuttavat alueelliset olosuhteet, esteettömyys ja palvelurakenne sekä tietenkin yksittäisten ihmisten tarve liikkua. Pohjois-Savossa vammaispalvelulain mukaisia kuljetuspalvelun saajia oli 100 000 asukasta kohden 1857. Vastaava luku oli koko maassa 1783. Sosiaalihuoltolain mukaisia kuljetuspalveluita Pohjois-Savossa sai 100 000 asukasta kohden 200 henkilöä kun koko maan vastaava luku oli 391.

Tarkasteluvuonna (2016) *vammaispalvelulain mukaisten palvelujen ja taloudellisten tukitoimien menot* koko maassa asukasta kohden olivat 117 euroa. Pohjois-Savossa vastaava luku 104 euroa, kun suurin euromäärä koko maassa oli 170 euroa / asukas. Maakuntien matalin euromäärä oli 92 euroa / asukas. Kokonaiskustannusanalyysia varten pitäisi huomioon ottaa vähintäänkin kehitysvammalain mukaisten palveluiden kustannukset sekä tieto siitä, millaisia ovat alueen yleiset palvelut ja esteettömyys. Saavutettavat ja toimivat yleiset palvelut vähentävät erityispalveluiden tarvetta.

Kuvio 11

Vammaisetuksia saavien henkilöiden ja vammaisuuteen liittyvien palveluiden määrän suhde väestöön vuonna 2016



Ikäihmisten palvelut

Ikääntyneen väestön toimintakyky on maan keskitasoa. 75 vuotta täyttäneistä 24 prosentilla oli suuria vaikeuksia arkiaskareissa, (koko maassa 25 %). Riskiryhmien seuranta ja ennaltaehkäisevien terveyspalvelujen toimintaa kuvaa kausi-influenssarokotteen kattavuus, joka 65 vuotta täyttäneillä on Pohjois-Savossa keskivertoa parempi. Pohjois-Savossa rokotamattomia on 47 prosenttia, koko maassa 53.

Iäkkäiden palveluissa tavoitteena on, että kotona voi asua mahdollisimman pitkään. Pohjois-Savossa säännöllisen kotihoidon piirissä oli vuoden 2016 marraskuussa 75 vuotta täyttäneistä naisista 13 prosenttia ja miehistä 9 prosenttia. Kattavuus on siten maan keskitasoa. Asiakas saa Pohjois-Savossa keskimäärin 13 kotikäyntiä viikossa, mikä on maan keskitasoa. Lisääntyvä kotihoito edellyttää, että kotiin voi tarvittaessa saada myös intensiivistä hoitoa, yli 60 kotihoidon käyntiä kuukaudessa, sekä ympärivuorokautista kotihoitoa. Koko maassa 33 prosenttia yli 75-vuotiaista kotihoidon asiakkaista sai intensiivistä hoitoa, Pohjois-Savossa 45 prosenttia. Pohjois-Savossa 89 prosentilla kotihoidon asiakkaista on mahdollisuus saada ympärivuorokautista kotihoitoa, kun koko maassa vastaava luku on keskimäärin 78 prosenttia.

Muistisairaat ovat suurin iäkkäiden palveluja käyttävä asiakasryhmä. Kotihoidossa vain joka kolmannen asiakkaan kognitio on normaali, mutta kaikilla oireilevilla ei ole muistisairausdiagnoosia. Pohjois-Savon säännöllisistä kotihoidon asiakkaista 24 prosentilla oli muistisairausdiagnoosi, (koko maassa 20 %). Panostus muistisairauksien tunnistamiseen kotihoidossa on siten keskivertoa hieman parempi. Omaishoidon tuen valtakunnallinen kattavuustavoite on viisi prosenttia yli 75-vuotiaasta väestöstä. Pohjois-Savossa omaishoidon kattavuus oli maan keskitasoa, mutta vajaa viidesosa (18 %) omaishoidossa olevista sai kotihoidon tukipalveluja, mikä on maan keskiarvoa selvästi vähemmän.

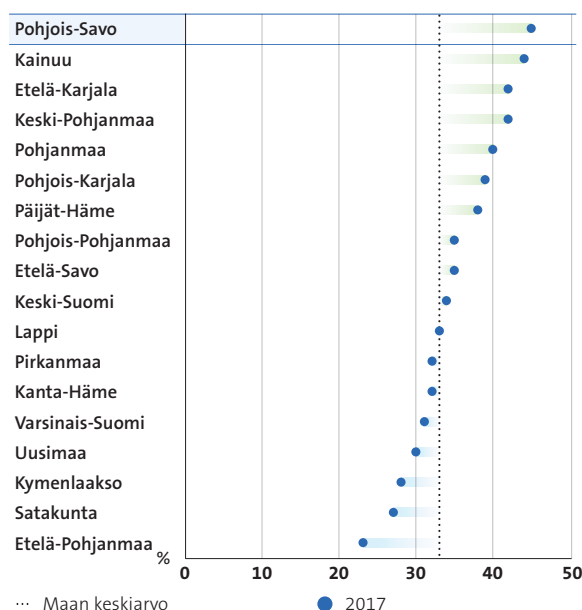
Koko maassa iäkkäiden palvelurakenne on kevenyt, mikä on merkinnyt kotihoidon palvelujen käyttäjämäärien ja menojen kasvua. Pohjois-Savossa iäkkäiden palvelujen menoista 38 prosenttia on käytetty kotihoidon palveluihin (vrt. koko maassa 32 %). Kotihoidon kustannusrasite on Pohjois-Savossa muuta maata raskaampi. Kotihoidon nettokäyttökustannukset (euroa/asukas) olivat Pohjois-Savossa 247 ja koko maassa 172 euroa.

Kotihoidon työntekijöistä suurin osa on lähihoitajia, eikä maakuntien välillä ole juurikaan eroja lähihoitajien osuudessa. Sen sijaan sairaanhoitajien määrä vaihtelee maakunnittain (9,6–18,5 %). Pohjois-Savossa sairaanhoitajien määrä (13 %) oli koko maan keskitasoa, mutta sairaanhoitajien tekemän välittömän työajan osuus kokonaistyöajasta oli selvästi muuta maata vähäisempi (28 % vs. 37 %). Voikin arvioida, että sairaanhoitajien palvelujen saatavuus kotihoidossa on Pohjois-Savossa hieman maan keskiarvoa heikompi. Lähihoitajilla välitön työaika (65 %) oli maan keskitason (60 %) yläpuolella.

Tavoitteellisella kuntoutuksella pyritään säilyttämään kotihoitoa saavan aktiivisuus ja elämänlaatu mahdollisimman hyvänä. Suurimmalla osalla kotihoidon asiakkaista tulisi olla tehtynä kuntoutussuunnitelma. Pohjois-Savossa vain 12 prosenttia kotihoidon toimintayksiköistä tekee systemaattisesti asiakkailleen kuntoutussuunnitelman. Tämä on maakuntien heikointa luokkaa. Kotihoidon henkilöstön kivunhoidon osaamisessa on Pohjois-Savossa kehitettävää. Asiakkaista 30 prosenttia saa palvelunsa toimintayksiköstä, jossa kivunhoidon osaaminen on ”hyvä”; koko maassa osuus on 44 (vaihteluväli 8–85 %). Asiakaspalautetta kerätään asiakkailta, omaisilta ja henkilöstöltä vaihtelevasti (vaihteluväli 41–94 %, riippuen vastaajatahosta). Pohjois-Savossa asiakaspalautetta kerätään hyvin, 88 prosentilta asiakkaista, koko maassa vastaava osuus on 76.

Kuvio 12

Kotihoidossa intensiivistä hoitoa saavien asiakkaiden osuus (%)



Pohjois-Savossa palvelurakenteiden keventäminen on ollut maan keskitasoa nopeampaa ja palvelurakenne painottuu kotona asumisen tukemiseen. Intensiivistä ja ympärivuorokautista kotihoitoa on tarjolla maan keskitasoa enemmän, ja tämä myös nostaa kotihoidon kustannusrasitetta Pohjois-Savossa. Toisaalta nämä palvelut myös hidastavat raskaimpiin palveluihin siirtymistä. Panostus muistisairauksien tunnistamiseen kotihoidossa on keskivertoa parempaa. Pohjois-Savossa omaishoidon kattavuus on maan keskitasoa, mutta omaishoidossa olevat saavat kotihoidon tukipalveluja selvästi maan keskiarvoa vähemmän.

Pohjois-Savossa sairaanhoitajia kotihoidossa on maan keskitason verran, mutta sairaanhoitajien tekemän välittömän työajan osuus kokonaistyöajasta on

selvästi muuta maata vähäisempi. Voikin arvioida, että sairaanhoitajien palvelujen saatavuus kotihoidossa on maan keskiarvoa heikompi. Kun kotihoidossa hoideetaan yhä sairaampia ja paljon apua tarvitsevia iäkkäitä, on tärkeää, että myös sairaanhoidollista osaamista on riittävästi tarjolla. Myös henkilöstön kivunhoidon osaamisessa ja asiakkaan toimintakyvyn ylläpitämisessä on kehitettävää. Ainoastaan kolmasosa asiakkaista saa palvelunsa kotihoidon toimintayksiköstä, jossa kivunhoidon osaaminen on arvioitu hyväksi. Vain 12 prosentissa toimintayksiköistä tehdään asiakkaalle systemaattisesti kuntoutussuunnitelma, vaikka se tulisi tehdä tarvittaessa jokaiselle kotihoidon asiakkaalle. Asiakaspalautetta sen sijaan kerätään erittäin hyvin.

Saatavuus

Maakuntien arvioinnissa saatavuutta ja saavutettavuutta tarkastellaan viiden teeman avulla. Tarkastelussa käytetään tietoja hoitoon pääsystä, lastensuojelun palvelutarpeen arviointien tekemisestä ja kotihoidon yöaikaisen palvelun tarjonnasta sekä väestökyselyn tuloksia.

Perusterveydenhuollossa saatavuutta on arvioitu tarkastelemalla lääkärin vastaanotolle pääsemistä kiireettömän asian vuoksi. Osoittimeksi on valittu se, kuinka monta prosenttia potilaista pääsee vastaanotolle viikon sisällä hoidon tarpeen arvioinnista. Lisäksi perusterveydenhuollon hoitotakuun toteutumista on käsitelty perusterveydenhuollon toimialakohtaisessa kappaleessa.

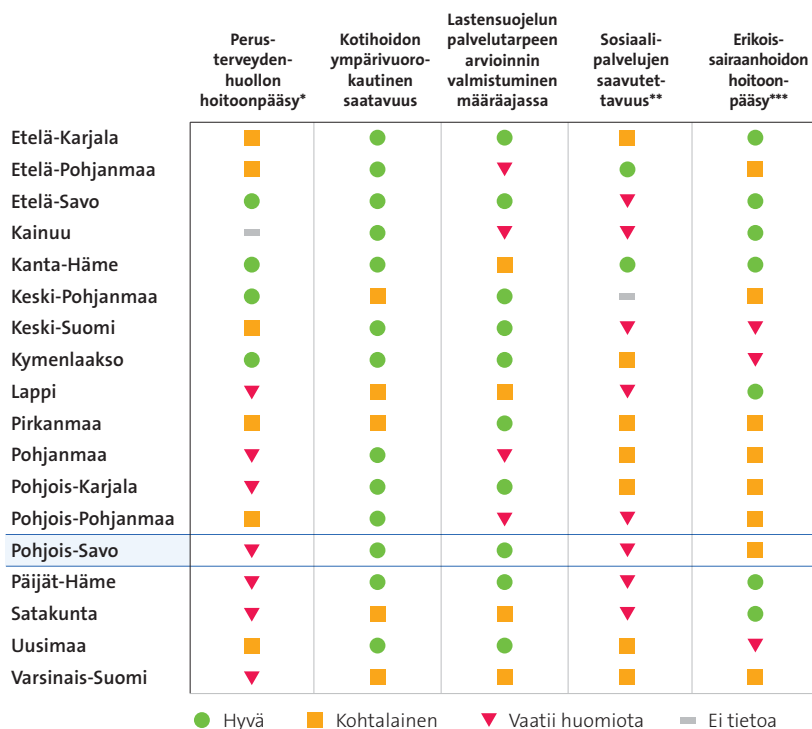
Erikoissairaanhoidosta on tarkasteltu lakisääteisen hoitoonpääsyn määräajan (6 kk) ylittäneiden potilaiden määrää suhteutettuna väestömäärään. Lääkäiden palvelujen saatavuuden mittarina on tällä arviointikierroksella käytetty kotihoidon yöaikaisen palvelun tarjontaa. Lastensuojelussa palvelutarpeen arviointien pitäisi valmistua lakisääteisessä kolmen kuukauden määräajassa; näiden osuutta tarkastellaan yhtenä saatavuuden osoittimena.

Aikuisten sosiaalipalvelujen saavutettavuuden mittarina käytetään THL:n väestökyselyssä selvitettyä arvioita siitä, tuntuvatko sosiaalipalvelut asiakkaiden mielestä helposti saavutettavilta ja vaikuttavatko siihen hankala sijainti ja korkeat asiakasmaksut. Arvioinnissa ei ole muiden kuin sosiaalipalvelujen osalta käsitelty sitä, kuinka palvelut ovat tosiasiallisesti olleet saavutettavissa ja asukkaiden käytettävissä asiakasmaksujen, välimatkojen tai aukioloaikojen näkökulmasta. Esteettömyyttä ei ole tarkasteltu tässä yhteydessä.

Pohjois-Savon alueella kiireettömän asian vuoksi perusterveydenhuollon lääkärille pääsyyn on syytä kiinnittää huomiota, sillä viikon sisällä vain 37 prosenttia potilaista pääsee vastaanotolle. Erikoissairaanhoitoon yli kuusi kuukautta odottaneita on jonkin verran. Kotihoidon ympärivuorokautista hoivaa on saatavilla hyvin. Sosiaalipalvelujen saavutettavuuteen on syytä kiinnittää huomiota, tosin vain kahdessa maakunnassa saavutettavuuden arvioidaan olevan hyvällä tasolla. Lastensuojelun palvelutarpeen arvioinneissa maakunnassa on onnistuttu hyvin, sillä lähes kaikki arviot tehdään kolmen kuukauden määräajassa.

Kuvio 13

Palveluiden saatavuus Pohjois-Savossa



Laatu ja vaikuttavuus

Maakuntien arvioinnissa laatua ja vaikuttavuutta tarkastellaan viiden teeman avulla: perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido, ennaltaehkäisy näkökulma, sosiaalipalvelut ja terveydenhuollon asiakastytyvyisyys. Kustakin alueesta on valittu 1–3 indikaattoria. Laatu ja vaikuttavuus ovat laajoja ja paljon eri asioita sisällään pitäviä käsitteitä, ja tämä tarkastelu kertoo laadusta ja vaikuttavuudesta vain valittujen indikaattorien osalta.

Perusterveydenhuollon laatua on arvioitu sen mukaan, kuinka monelle potilaalle on määrätty hoitoksi antibiootti epämääräiseen ylähengitystieinfektioon. Antibiootihoidolle ei ole perusteita ilman selkeämpää diagnoosia, mutta sitä päädytään määräämään joskus taudin pitkittyessä ilman kunnon indikaattoria. Mittari kertoo rationaalisen lääkehoidon toteutumisesta.

Erikoissairaanhoidosta on valittu tarkasteluun lonkan ja polven tekonivelen uusintaleikkauksien määrä kahden vuoden seuranta-aikana. Laatu on sitä parempi, mitä vähemmän uusintaleikkauksia joudutaan tekemään.

Ennaltaehkäisevästä toiminnasta tarkastellaan pikkulasten rokotusohjelmaan kuuluvan viitosrokotteen (DTaP-IPV-Hib) kolmen annoksen rokotussarjan toteutumista. Koska on hyvin harvinaista, että lääketieteellinen syy estäisi rokotussarjan aloittamisen tai sen jatkamisen loppuun, mittari kuvaa neuvolatyön laatua ja rokotusten kirjaamisen toteutumista. Valtakunnallisesti lähes kaikille lapsille aloitetaan viitosrokotussarja, joka suojaa kurkkumädältä, jäykkäkouristukselta, hinkuyskältä, polioltal ja Hib-bakteerin aiheuttamilta tulehduksilta. Ollakseen hyvässä suojassa henkeä uhkaavilta taudeilta lapsi tarvitsee koko sarjan. Laumaimmuneiteetti ei suojaa esimerkiksi jäykkäkouristukselta. Toiminnan laatu ja vaikuttavuus on sitä parempi, mitä korkeampi kolmen annoksen sarjan toteutumisen kattavuus on.

Sosiaalipalveluista on indikaattoriksi valittu lastensuojelun asiakkaiden asiakassuunnitelmien määrä. Lain mukaan lastensuojelun avohuollon asiakkaalle tulee tehdä asiakassuunnitelma. Asiakassuunnitelmalla on tarkoitus varmistaa, että palvelu on suunnitelmallista ja

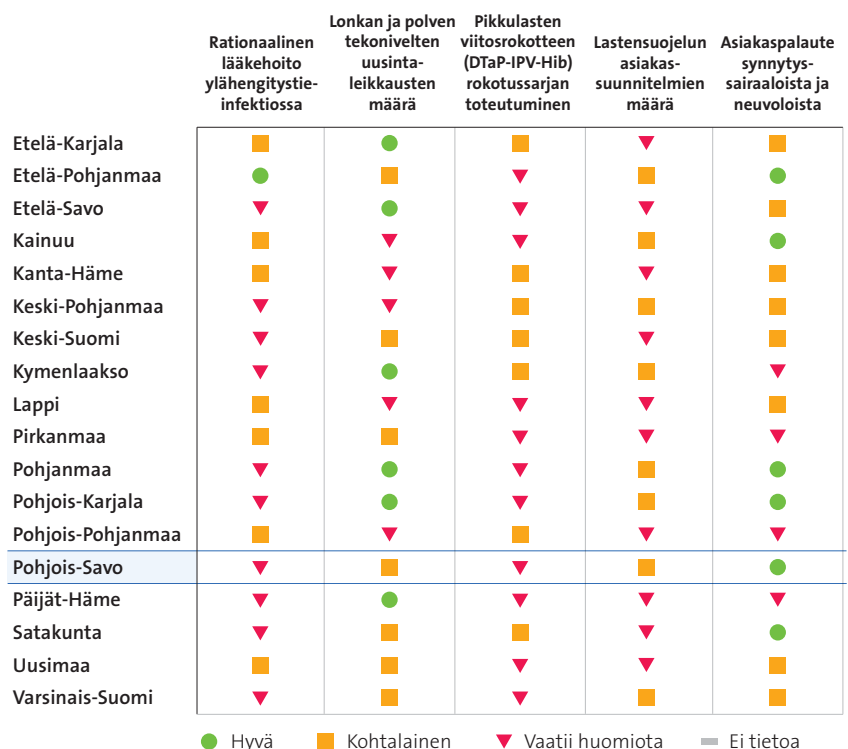
sen tuloksia arvioidaan säännöllisesti. Asiakassuunnitelmien laatimisessa on maakuntien välillä isoja eroja, mutta missään maakunnassa se ei toteudu vielä tavoitteen mukaisesti.

Asiakastytyvyisyydessä on huomioitu synnytys-sairaalakyselyn asiakkaiden sairaalalle antama kokonaisarvosana sekä lasten- ja äitiysneuvolakyselyjen palvelujen hyödyllisyyttä ja asiakaspalvelua mittaavat kysymykset.

Pohjois-Savossa noin joka viidennelle määrättä mätöntä ylähengitystieinfektiota sairastavalle potilaalle oli määrätty antibioottia. Eri maakunnissa luku oli 10–32 prosenttia. Lonkan tekonivelen uusintaleikkauksien määrä oli jonkin verran maan keskiarvoa pienempi. Polven tekonivelen uusintaleikkauksien määrä oli selvästi maan keskiarvoa pienempi. Viitosrokotteen rokotussarjan oli vuonna 2014 syntyneistä lapsista saanut vain 93,2 prosenttia. Tulos on matala, sillä rokotussarja oli aloitettu erinomaisesti 99,2 prosentille lapsista. Maakunnan tulisi selvittää esimerkiksi, jääkö rokotussarja kesken ilman päteviä perusteita vai onko kyse kirjaamisen tai tiedonsiirron ongelmista. Lastensuojelun avohuollon asiakassuunnitelma oli tehty kahdelle kolmesta asiakkaasta, mikä on selvästi enemmän kuin maakunnissa keskimäärin. Asiakassuunnitelma tulee kuitenkin lain mukaan tehdä kaikille asiakkaille. Asiakastytyvyisyys oli korkeampi kuin maakunnissa keskimäärin.

Kuvio 14

Palveluiden laatu ja vaikuttavuus Pohjois-Savossa



Asiakaslähtöisyys

Terveyspalvelujen asiakaslähtöisyyttä arvioidaan kolmen väestökyselyyn perustuvan indikaattorin avulla. Valinnanvapauden edellytyksiä arvioitiin kysymyksellä, joka kartoittaa näkemyksiä mahdollisuudesta valita terveysasema, sekä summamuuttujalla, joka kuvaa terveydenhuollon hoitopaikkoja koskevan vertailutiedon riittävyyttä. Terveyspalvelujen palveluprosessien sujuvuutta on arvioitu kysymällä, millaisia kokemuksia vastaajalla on asioiden hoitamisen sujuvuudesta ja ammattilaisten välisestä tiedonkulusta terveyspalveluissa. Tulosten tulkinnassa tulee ottaa huomioon, että kyselyaineistot perustuvat pieniin kansallisiin otoksiin: niitä ei voi luotettavasti yleistää yksittäisiin maakuntiin. Lisäksi asiakaslähtöisyyttä kuvataan TEAviisariin perustuvalla asukkaiden osallisuutta kuvaavalla indikaattorilla johon on summattu onko kunnissa vuonna 2017 määritelty asukkaiden osallistumisen edistämisen tavoitteet, toimenpiteet,

resurssit ja vastuut. Erikseen tarkasteltiin kuntalaisten mahdollisuuksia saada kunnan verkkosivuilta tietoa osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksistaan ja -keinoistaan sekä sitä, onko kunnassa laadittu osallisuusohjelma. Näiden TEAviisari tulosten tulkinnassa on huomioitava, että kyse on hallinnollisista toimista, jotka eivät vielä kerro vielä miten asukkaiden ja palveluiden käyttäjien osallisuus toiminnan tasolla toteutuu.

Pohjois-Savossa asukkaat pitivät terveysaseman valitsemisen mahdollisuuttaan kohtalaisen yleisesti hyvänä. Vertailutietoa oli kuitenkin saatavilla heikosti. Terveydenhuollon palveluprosessit toteutuivat sujuvasti kohtalaisen usein, jopa jonkin verran useammin kuin koko maassa keskimäärin. Asukkaiden osallisuuden edistäminen on Pohjois-Savossa lähellä koko Suomen keskitasoa. Lisäksi 57 prosenttia alueen kunnista on kuvannut verkkosivuillaan kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia. Erillinen osallisuusohjelma oli laadittu kahdessa Pohjois-Savon kunnassa.

Kuvio 15

Palveluiden asiakaslähtöisyys Pohjois-Savossa

	Mahdollisuus valita terveysasema*	Vertailutietoa hoitopaikoista*	Väestö kokee terveyspalvelut sujuviksi*	Osallistumisen edistämistoimet
Etelä-Karjala	●	▼	▼	●
Etelä-Pohjanmaa	■	■	■	▼
Etelä-Savo	■	▼	▼	■
Kainuu	■	▼	▼	▼
Kanta-Häme	■	▼	■	■
Keski-Pohjanmaa	●	▼	■	■
Keski-Suomi	■	▼	■	●
Kymenlaakso	●	▼	■	▼
Lappi	■	■	■	■
Pirkanmaa	■	▼	■	■
Pohjanmaa	■	▼	■	■
Pohjois-Karjala	■	▼	■	▼
Pohjois-Pohjanmaa	●	▼	■	■
Pohjois-Savo	■	▼	■	■
Päijät-Häme	●	▼	■	●
Satakunta	■	▼	■	■
Uusimaa	■	▼	■	●
Varsinais-Suomi	■	▼	■	■

● Hyvä ■ Kohtalainen ▼ Vaatii huomiota ■ Ei tietoa

* Väestökysely

Yhdenvertaisuus

Yhdenvertaisuutta tarkastellaan arvioinnissa yhtäältä tasa-arvo- ja yhdenvertaisuuslakien pohjalta ja toisaalta yhteiskunnallisen eriarvoisuuden aiheuttamien hyvinvointi- ja terveyserojen näkökulmasta.

Ensimmäisenä teemana arvioinnissa ovat maakunnan toiminnalliset lähtökohdat yhdenvertaisuuden ja sukupuolten tasa-arvon edistämiseen. Osoittimena on käytetty kuntien yhdenvertaisuus- ja tasa-arvolakeja toimeenpanevien suunnitelmien laadintaa ja väestöryhmittäisten terveyserojen raportointia. Toisena teemana arvioinnissa on erityispalveluiden järjestäminen haavoittuville ryhmille. Tällä arviointikierroksella on tarkasteltu vammaisille ja työttömille suunnattuja palveluita, joilla on tarkoitus lisätä yhdenvertaisen osallisuuden mahdollisuuksia ja kaventaa eriarvoisuudesta johtuvia terveyseroja. Vammaispalvelujen saatavuudesta kerätään tietoa koko väestölle tehtävillä kyselyillä, mutta niissä vammaispalveluiden käytöstä kertyy niin vähän kokemuksia, ettei edes viitteellistä arviota saatavuudesta voida tehdä kaikista maakunnista. Työttömien terveystarkastusten tilastointi kunnissa vaihtelee suuresti, joten tiedot ovat vain viitteellisiä.

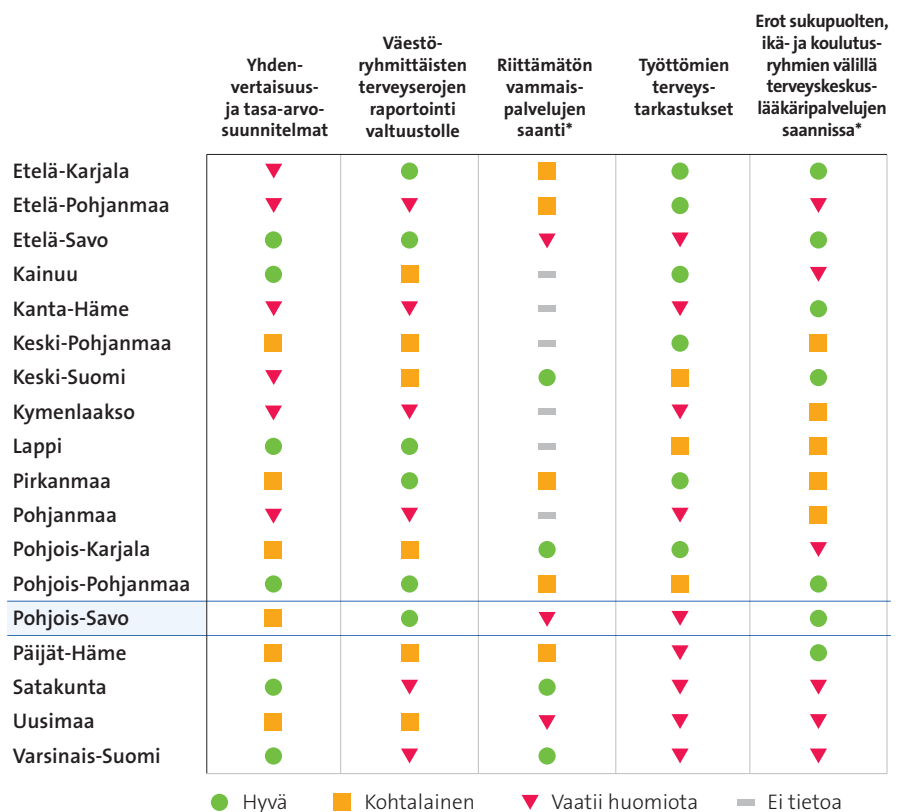
Kolmantena teemana arvioinnissa on yhdenvertaisuuden ja tasa-arvon toteutuminen koko väestölle suunnatuissa palveluissa. Esimerkkinä on tässä käytetty terveyskeskuslääkärin palveluita. Arvioinnin kohteena ovat miesten ja naisten sekä ikä- ja koulutusryhmien väliset erot palveluiden koetussa riittävydessä. Palvelut riittämättömiksi kokevien osuus oli kaikissa maakunnissa sitä pienempi, mitä vanhemmasta ikäryhmästä oli kyse. Naiset pitivät palveluja miehiä useammin riittämättöminä; koulutusryhmien järjestys vaihteli maakunnasta toiseen. Jatkossa on tarkoitus arvioida palveluiden yhdenvertaista saatavuutta, saavutettavuutta ja laatua myös muiden yhdenvertaisuus- ja tasa-arvolakien tarkoittamien henkilöön liittyvien syrjäntäperusteiden mukaan. Tällöin voidaan tarkastella muun muassa ulkomaalaistus-

taisia ja eri kieliryhmiä. Yhdenvertaisuuden tarkastelu on toistaiseksi vain suuntaa antavaa. Tietopohjaa haavoittuvien ryhmien palvelutarpeen selvittämiseksi on laajennettava jatkossa.

Pohjois-Savon kunnissa tasa-arvo- ja yhdenvertaisuussuunnitelmien määrä vastaa maan keskitasoa. Väestöryhmien välisistä terveyseroista valtuustolle raportoivien kuntien osuus kaikista kyselyyn vastanneista alueen kunnista oli Pohjois-Savossa keskitasoa suurempi. Noin puolet vammaispalveluita tarvinneista koki palvelut riittämättömiksi. Alueen kunnissa työttömien terveystarkastuksia oli kirjattu perusterveydenhuollossa vähemmän kuin maakunnissa keskimäärin (koko maassa 0,3–5 % työttömistä työnhakijoista). Väestöryhmien väliset erot siinä, kuinka moni oli mielestään saanut tarpeeseensa nähden riittämättömästi terveyskeskuslääkärin palveluita, olivat keskimäärin pienet. Maakunnan sijoitus vaihteli taustamuuttujan mukaan: ikäryhmien välillä oli pienet erot, kun taas koulutusryhmien väliset erot olivat suuret ja sukupuolten väliset erot keskitasoa. Pohjois-Savossa yhdenvertaisuuden edistämisen haasteita lisää väestön suuri sairastavuus. Toisaalta koulutuksen ulkopuolelle jääneiden nuorten ja muita kuin kotimaisia kieliä äidinkielenään puhuvien osuudet ovat pieniä.

Kuvio 16

Palveluiden yhdenvertaisuus Pohjois-Savossa



Kansalliset lähteet

Ammattibarometri. www.ammattibarometri.fi

Aro Timo & Aro Rasmus: Seutukuntien elinvoimaindeksi. Helmi-kuu 2016. <https://www.slideshare.net/TimoAro/seutukuntien-elinvoimaindeksi-2016>

Häkkinen Pirjo & Matveinen Petri. Sairaaloitten tuottavuus 2015. Tilastoraportti 6/2017, Terveystien ja hyvinvoinnin laitos.

Lääkäriliitto. Terveystien lääkärilähtö. <https://www.laakariliitto.fi/tutkimus/laakarityovoima/>

Maakuntien rahoitus siirtymäkauden aikana 2019–2024, muutos suhteessa lähtötilanteeseen. Valtiovarainministeriö 18.5.2017

Ranta, Tommi & Manu, Samuli & Laasonen, Valtteri & Uusikylä, Petri & Leskelä, Riikka-Leena. Kohti uusia maakuntia Sote- ja maakuntauudistuksen toimeenpanon esivalmisteluvaiheen yhteenveto. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 74/2017.

TEM: Alueellinen matkailutilinpito. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 21/2017.

TEM: Alueiden vahvuksien analyysi. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. 24/2017.

TEM (Repo, Joonas): Maakuntien suhdannekatsaus 2017. Tuotanto, työmarkkinat, yritystoiminta, väestö. TEM-analyysia 78/2017

TEM Toimialapalvelu: Alueelliset kehitysnäkymät. Syksy 2017

TEM Toimialapalvelu: Toimialaraportit, Terveystien ja sosiaalipalvelut. Syksy 2017.

TEM: Työllisyyskatsaus, www.temtyollisyyskatsaus.fi

THL: Terveystien ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2014. Tilastoraportti 1/2018, Terveystien ja hyvinvoinnin laitos.

Tilastokeskuksen tilastotiedot. <http://www.stat.fi>

- Väestö
- Kansantalous
- Terveystien
- Koulutusaste

Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet <https://www.sotkanet.fi>

- Ohjelmien seuraintindikaattorit, maakuntien seuranta- ja arviointi (simulaatioharjoitus)
- THL:n sairastavuusindeksi

Vaalavuo, Maria & Häkkinen Unto & Fredriksson Sami. Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetekijät ja valtionosuusjärjestelmän uudistaminen. Raportti 24/2013. Terveystien ja hyvinvoinnin laitos.

Alueelliset lähteet

Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueen kuntien terveydenhuollon järjestämissuunnitelma. Marraskuu 2013.

HYPERLINK “<http://www.pohjoissavo2019.fi>” www.pohjoissavo2019.fi

Maakunnan toimittamat muut materiaalit

Pohjois-Savon tila 2017. Pohjois-Savon liitto.

Terveystien ja hyvinvoinnin laitos
PL 30 (Mannerheimintie 166)
00271 Helsinki

ISBN:978-952-343-060-0 (verkkojulkaisu)
ISSN 1799-3946 (verkkojulkaisu)
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-060-0>

www.thl.fi/julkaisut